

IVANIA SUENE DE JESUS

***SAÚDE MENTAL NA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL DE
SERRA TALHADA/PE :uma pesquisa qualitativa nos ensinios
infantil e fundamental***

Orientadora: Professora Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

***Porto
2016***

IVANIA SUENE DE JESUS

**SAÚDE MENTAL NA ESCOLA PÚBLICA MUNICIPAL
DE SERRA TALHADA/PE: uma pesquisa qualitativa nos
ensinos infantil e fundamental**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto , no dia 22 de julho de 2016, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, na Especialidade de Supervisão Pedagógica e Formação de Formadores, perante o Júri seguinte :

Presidente: Professora Doutora Maria de Nazaré Castro Trigo Coimbra

Vogal: Professor Doutor José António Oliveira - Arguente

Orientadora: Professora Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto

**Porto
2016**

Dedico este trabalho a todos que fazem a promoção
a saúde mental acontecer : cuidadores dedicados,
equipes multidisciplinares, pesquisadores, e
especialmente, aos que são acometidos pelo
sofrimento psíquico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Cristo e ao meu anjo guardião, as entidades de luz que me assistiram por prover tudo o que foi necessário para a realização desse estudo, por cuidar de minha saúde e da minha família, por me guiar e proteger, por ter colocado em meu caminho pessoas especiais.

Aos meus filhos, Ian e Pedro por compreenderem e se silenciarem diante das minhas ausências e necessidade de silêncio e pelo enclausuramento durante a execução desse trabalho. Amo vocês, vocês são meu tudo.

A minha mãe (que desencarnou pouco tempo depois de me dar a luz do dia e da vida ,mas que sem ela eu não estaria aqui).Ao meu pai,também desencarnado ; mas que foi e é toda minha orientação de força ,coragem ,norteamento para o amanhã; exemplo de ética e autoconfiança.

A professora Dr^a Sílvia Pereira, como tenho a agradecer...pela compreensão, pela força, pela credibilidade, pelo companheirismo, por favorecer e nortear canais.

A Jota , do NUPESC também minha gratidão pela engajamento na execução do seu trabalho, pela disponibilidade em nos atender. Pelo incentivo. pela educação e elegância de atitudes.

A prof. Edmar Júnior, Secretário da Educação Municipal, que me confiou a responsabilidade de continuar na gestão da equipe do NUPSF , que confiou e autorizou as pesquisas de campo. Minha gratidão e admiração.

As minhas colegas de trabalho do NUPSF, minha equipe, pela compreensão e apoio ; especialmente Jaccilene e Luziana , Assistentes Sociais de alto gabarito, que me ajudaram com as digitações dos trabalhos diante do meu pouco tempo disponível .Minha gratidão e meu amor por vocês.

A Joaquim Neto, Diretor de Planejamento, da Secretaria Municipal da Educação pelo fornecimento de dados acerca da educação municipal.

Aos meus companheiros de trabalho, gestor da Faculdade de Formação de Professores de Serra Talhada (FAFOPST) Francisco Feitosa ,de quem sou diretora adjunta e também a Inaldo Dionísio, vice-presidente da Autarquia Educacional de Serra Talhada (AESET); que muito compreenderam e apoiaram minhas ausências para o Recife e para Porto/Portugal para orientação e providências pertinentes ao processo de construção desse trabalho. Minha gratidão.

A todos os professores , gestores, coordenadores escolares que ,sem saber, com suas palavras de elogio e confiança demonstrada no meu trabalho me motivaram para continuar e concluir esse trabalho.

A todos os usuários do NUPSF , pais e clientes , minha gratidão pela confiança e pelo brilho no olhar de agradecimento pela assistência e evolução positiva diante dos casos atendidos.

Em especial à Professora Doutora Alcina Manuela de Oliveira Martins, Diretora do Mestrado em Ciências da Educação da Universidade Lusófona do Porto, que fez as necessárias orientações à distancia, pontuando o caminho para se concretizar este estudo. Toda a gratidão pelo entendimento das limitações que ocorreram ao longo dos meses até a consumação dessa escrita. À Doutora, toda a minha admiração!

A todos , meu sincero muito obrigada!

RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar o trabalho de intervenção e prevenção do NUPSF na melhoria da saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de parcerias com as escolas públicas municipais com alunos da rede municipal de ensino da cidade de Serra Talhada/PE. Para responder a essas questões foram elaboradas fichas de encaminhamento, distribuídas nas escolas, para que alunos com algum sintoma de transtorno mental fosse encaminhados para o NUPSF. Percebemos ter havido um avanço em relação a superação quanto ao estigma da doença e da “loucura”, especialmente após o processo de Reforma Psiquiátrica, que possibilitou o tratamento ambulatorial em Centros Especializados. No contexto escolar municipal, as Formações, as Capacitações, os Fóruns oferecidos pelas Diretorias de Ensino Aprendizagem e de Políticas de Ensino, em parceria com o Núcleo Psicosocial e Fonoaudiológico consolidam subsídios que vêm norteando o professor, quanto ao reconhecimento das demandas escolares. Percebemos ainda que o professor apresenta melhor embasamento quanto à percepção crítica, sobre o que qualifica a doença mental e sobre o que se espera dele, acerca do que fazer, após diagnóstico dos transtornos.

Palavras-chave: Escola, transtorno mental NUPSF, equipe de apoio multidisciplinária prevenção e superação.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the intervention work and prevention NUPSF in improving the mental health of children and young people, children and primary, through partnerships with public schools with students from municipal schools in the city of Serra Talhada / PE. To answer these questions routing chips were prepared, distributed in schools so that students with some symptoms of mental disorder were referred to the NUPSF. We realized that there was an improvement on overcoming stigma about the disease and "insanity", especially after the process of Psychiatric Reform, which enabled the outpatient treatment in specialized centers. At the municipal school context, the formations, the Capability, the forums offered by the Education Board Learning and Teaching Policy, in partnership with the Psicosossial and Speech Therapy Center consolidate subsidies that have been guiding the teacher, the recognition of school demands. We realize also that the teacher has a better foundation in critical perception on what qualifies mental illness and what is expected of him, about what to do after diagnosis of disorders.

Keywords: School, NUPSF mental disorder, support team multidiscipline prevention and overcoming.

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CAPS I – Modalidade de Centro de Atenção Psicossocial para cidade entre 20 e 50 mil habitantes

CAPS II – Modalidade de Centro de Atenção Psicossocial para cidade com mais de 50 mil habitantes

CAPS III – Modalidade de Centro de Atenção psicossocial para cidade com mais de 200 mil habitantes

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

CENESP – Centro Nacional de Educação Especial

CID – Código Internacional de Doenças

CRAS – Centro de Referência e Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

EJA – Educação de Jovens e Adultos

EZ - Esquizofrenia

GM – Gabinete Ministerial

HD – Hipótese Diagnóstica

LDBE – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério da Educação e Cultura

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NUPSF – Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PE - Pernambuco

PM – Polícia Militar

PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e a Violência

SEDUC – Secretaria da Educação

SPAs – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTAS DE TABELAS

Tabela 01 - Quantitativo de alunos na educação infantil e no ensino fundamental de 2008 à 2013 - Censo Escolar	44
Tabela 02 – Quantitativo de Alunos na EJA de 2008 à 2013 – Censo Escolar	45
Tabela 03 – Movimento e Rendimento relativos à educação infantil e ao ensino fundamental I em 2014	46
Tabela 04 – Movimento e Rendimento relativos ao ensino fundamental II e à EJA em 2014..	47
Tabela 05 – Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF (2008 -2014)	53

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE SIGLAS.....	9
LISTAS DE QUADROS.....	11
INTRODUÇÃO.....	14

CAPÍTULO I – SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO BRASIL

1. CONCEITO DE DOENÇA MENTAL.....	17
2. BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL.....	18
2.1 Da exclusão aos novos métodos de tratamento.....	20
2.2 A Reforma Psiquiátrica: novas formas de tratar a saúde mental.....	21

CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL NA ESCOLA PÚBLICA

1. NOVAS PERSPETIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES.....	24
2. SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA.....	25
3. ESCOLA INCLUSIVA E ENSINO E APRENDIZAGEM.....	28
4. O PAPEL DOS AGENTES EDUCATIVOS NO ÂMBITO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES.....	30
4.1. A saúde mental infantil numa perspectiva multidisciplinar.....	31

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DO ESTUDO

1. PROBLEMÁTICA.....	33
2. PERGUNTA DE PARTIDA.....	34
3. OBJETIVOS.....	34
4. OPÇÃO METODOLÓGICA.....	35

5. FONTES DE RECOLHA DE DADOS.....	35
6. CONTEXTO.....	36
6.1. O município de Serra Talhada /PE.....	36
6.2. Gênese do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF).....	38
6.3. Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF.....	40
7. SUJEITOS DA PESQUISA.....	44

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DOS RESULTADOS: INTERVENÇÃO DO NÚCLEO PSICOSSOCIAL E FONOAUDIOLÓGICO (NUPSF) NAS ESCOLAS DE SERRA TALHADA

1. VISÃO GERAL DO QUANTITATIVO, MOVIMENTO E RENDIMENTO DOS ALUNOS DAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE SERRA TALHADA.....	45
2. INTERVENÇÃO DO NUPSF.....	49
2.1. Objetivos do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico.....	49
2.2. Implantação do NUPSF:do acolhimento à intervenção.....	50
2.3. Fluxo de Atendimento do NUPSF.....	51
3. TRABALHO COLABORATIVO ENTRE O NUPSF E AS ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS: PROJETOS DE INTERVENÇÃO SÓCIO- EDUCATIVA	52
3.1. Parcerias estabelecidas.....	52
3.2. Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF em alunos das escolas públicas municipais de Serra Talhada(2008-2014).....	54

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	65
APÊNDICES.....	73

INTRODUÇÃO

A Educação do século XXI atravessa, presentemente, um conjunto alargado de mudanças, em resultado da globalização e da assunção de uma Educação para todos, que atenda às diferenças de cada comunidade, turma e aluno.

No âmbito educativo, há uma complexidade de fatores que interferem no processo de ensino e aprendizagem. Esses fatores vão além do aspecto escolar geográfico e físico, onde está inserida a escola e ultrapassam as habilidades técnicas do professor. Assim, interferem, positiva e/ou negativamente, na promoção da aprendizagem e nos aspectos inerentes à afetividade e a construção da auto-estima do aluno. Neste sentido, a multiplicidade de condicionantes, que se cruzam no ato educativo, envolvem, principalmente, fatores psíquicos, biológicos, sociais, culturais, políticos, ideológicos, epistemológicos e econômicos. Além disso, podem surgir de forma individualizada ou associados a outros, concorrendo para a promoção do ensino e aprendizagem (Arends, 2008).

Esses fatores são desafiadores para os professores, para a equipe gestora e para a equipe pedagógica. Outrossim, destacamos que o desafio parece ser maior para o professor, por esse lidar mais internamente e cotidianamente na sala de aula com seu aluno. Sendo que é ele, o professor, quem se encontra mais próximo da criança e do jovem, em construção. Decorrente dessa aproximação, é o professor, no exercício profissional, e decorrente das suas experiências em sala de aula e dos seus embasamentos técnicos – científicos, que são necessários e norteiam a sua dinâmica em sala de aula, quem primeiro identifica ou percebe alterações comportamentais no aluno, identificando comportamentos pouco usuais ou desviantes. Todavia, vale salientar que essa “identificação” de sinais parte de uma percepção muito particular do que compreende e/ou entende o professor como sendo um “problema mental” ou transtorno.

Essas considerações dizem respeito a todos os profissionais que trabalham com crianças. É necessário eles obterem conhecimentos sobre desenvolvimento humano, a nível físico, mental, psicológico e social. Razões essas que sustentam a ideia de um trabalho colaborativo entre aluno e professor, em que eles precisam aprender a construir e a aprender uns com os outros no dia-a-dia, pensar e trabalhar em conjunto; resguardados as especificidades de cada função

No que diz respeito aos aspectos que identificam normalidade e patologia na aprendizagem, torna-se necessário, diante do crescente número de problemas que vêm se

apresentando nas escolas, que o professor também obtenha conhecimentos nesses aspectos. Não que o professor ultrapasse as especificidades profissionais específicas, como os psicólogos e os psicopedagogos, que diagnosticam e tratam dessas problemáticas. O docente, deve construir, durante sua trajetória profissional, conhecimentos vindos de capacitações, fóruns, seminários, formações, visando reconhecer sinais e/ou sintomas revelados ou demonstrados pelos seus alunos no ambiente escolar (especialmente na sala de aula e nas atividades recreativas e grupais) e perceber quando o discente necessita de ajuda e/ou intervenção profissional específica.

As fundamentações científicas retratam a dicotomia que existia na percepção de doença mental acerca dos fatores desencadeantes dessas mediante a complexidade que se apresentavam e multifatores envolvidos. A doença mental não pode ser perspectivada de forma linear, desconsiderando a subjetividade da existência humana, suas experiências de vida e as influências que essas vivências traduzem, como fatores moduladores da sua dinâmica social, pessoal, intelectual, afetiva, cultural, dentre outros.

A Lei de Diretrizes de Base da Educação (LDB-E), preconiza que as escolas que contam com um montante a partir de 300 alunos focalizem as abordagens multidisciplinares, “como proposta de discussão de inclusão escolar, dentro do conceito de educação para a cidadania... A implementação de equipes multidisciplinares de apoio à educação composta de psicólogo e / ou psicopedagoga; e / ou assistente social; e / ou sociólogo...” (LDB-E 9394/96, arts 58,59 e 60; cap.V).

Essa citação, que tem indicação apenas sugestiva e não normativa, ratifica o dispositivo da importância dos serviços de apoio pedagógico, como sendo equipamentos que visam suprir as carências da existência especializada e humanitária no contexto escolar. Uma vez que essa prática já é realidade há décadas nos serviços de saúde, sendo esse um espaço de escuta, avaliação, intervenção e norteamiento para outros serviços. Com o passar dos anos e mediante a complexidade e volume dos casos que vem se apresentando no universo escolar é sabido que, por iniciativa das escolas, quer sendo serviços públicos ou privados, reconhecem a necessidade de contarem como parte integrante, fazendo parte da sua equipe de apoio pedagógico um ou mais desses profissionais, das especialidades citadas.

Perante esta problemática, elaboramos a nossa Pergunta de Partida

- De que forma é possível melhorar a saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de um trabalho conjunto, de intervenção e

prevenção, entre o NUPSF e as escolas públicas municipais de Serra Talhada, fortalecendo os vínculos entre o aluno, a escola e a comunidade?

Em conformidade, o objetivo geral do estudo é o seguinte:

- Avaliar o trabalho de intervenção e prevenção do NUPSF na melhoria da saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de parcerias com as escolas públicas municipais de Serra Talhada/PE.

Atendendo à complexidade da realidade educativa, e à multiplicidade de escolas e alunos, no ensino infantil e fundamental, foi realizada uma análise documental de documentos de registro das modalidades e rendimento dos alunos das escolas públicas municipais de Serra Talhada, bem como dos casos de transtorno registrados nas fichas de encaminhamento psicológico. Este trabalho, desenvolvido no âmbito das atividades do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF), de forma a dar resposta eficaz aos transtornos diagnosticados, relativamente aos alunos das escolas municipais públicas.

Este trabalho decorre do interesse e da experiência profissional da investigadora, desde sempre centrado na psicologia educacional, que levou à criação do consultório da SEDUC e, mais tarde à coordenação do NUPSF, visando a melhoria da saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental.

Em termos organizativos, esta pesquisa apresenta quatro capítulos, sendo dois teóricos e dois relativos à metodologia a aplicar na pesquisa sobre a eficácia do NUPSF.

CAPÍTULO I – SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO BRASIL

1. CONCEITO DE DOENÇA MENTAL

Primeiro é importante esclarecer o uso do termo transtorno, de acordo com a classificação de transtornos mentais e de comportamento, da Classificação Internacional das Doenças - CID – 10 (1993). Esse termo designa de um conjunto de sintomas e comportamentos associados a sofrimentos emocionais. Indica que saúde mental a existência de um conjunto de sintomas e comportamentos associados a sofrimentos emocionais. Condição que tem como consequência o que chamamos comprometimento, prejuízo e incapacidade nos diversos aspectos de vida da pessoa.

Deparamo-nos agora com um outro sentido de expressão saúde. O *Comprometimento* corresponde às perdas que o indivíduo tem em consequência de seus transtornos. Em uma situação de ensino e aprendizagem, o comprometimento corresponderia, por exemplo, ao fato da criança desenvolver algumas tarefas e não conseguir realizar, da mesma forma, outras tarefas. Mas, apesar do comprometimento, a criança responde positivamente à demanda escolar que é a de ser produtiva. O *prejuízo* é da ordem do cultural, do que uma sociedade espera de seus membros. Dessa maneira, temos que pensar naquilo que a escola espera – demanda – de seus alunos, considerando a sua função educacional (transmitir cultura e conhecimento), pragmática (capacitar o aluno a atuar no mundo de forma crítica e reflexiva), progredir ao longo dos anos em sua vida escolar (progressão escolar), entre outras. A *incapacidade* é a restrição, é a impossibilidade frente a situações específicas. Aqui é importante ressaltar que a incapacidade não é uma regra quando falamos de transtornos e, mesmo assim, as crianças são consideradas incapazes dentro das escolas por não corresponderem ao que é esperado: boas notas, muita produção, bom comportamento, etc. e mental, ou seja, com a idéia de que saúde mental seja um estado sadio; portanto, poderíamos concluir, um estado normal (WHO- ICIDH , 1993)

No dizer de Amarante (2001), há que questionar se doença mental é o oposto de saúde mental, designando um desequilíbrio. Neste sentido, o autor adota a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), quando considera que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças (Idem).

Esta classificação internacional sobre saúde e doença mental, foi adoptada no Brasil, com a vantagem da uniformização de uma terminologia, o que possibilitou a utilização de uma

linguagem comum. Contudo, é essencial uma maior divulgação, de forma a possibilitar a elaboração de políticas específicas e atualizadas, na área da deficiência, em diversos domínios de ação, como a Educação (Amiralian, et al., 2000)

No que se refere à infância, descrever ou identificar o que é normal ou patológico neste nível etário, é uma tarefa extremamente complexa, até mesmo para os que lidam com a saúde e com o desenvolvimento humano todos os dias.

2- BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA MENTAL

Ao resgatar a história da doença mental ao longo dos tempos, relatos feitos por historiadores e médicos, afirmam que os tratamentos dispensados aos doentes mentais durante a pré-história, iam desde as privações alimentares (onde o portador de sofrimento psíquico era tratado a uma alimentação com precária fonte nutricional como por exemplo passar o dia a pão e água) até mesmo a serem submetidos a certos rituais tribais e religiosos; práticas aplicadas com o objetivo de alterar o comportamento dos doentes mentais mais graves ou agressivos (Foucault, 2005). Na ocasião, se as medidas tomadas não fossem suficientes, não alcançassem o sucesso desejado, muitas vezes o indivíduo era abandonado a própria sorte até a sua morte, que podia ser por inanição ou por ataques das feras das florestas onde eram “esquecidos”; outros ainda eram queimados na fogueira da Santa Inquisição.

Essas medidas eram tomadas com autorização dos próprios familiares e até da própria igreja, na época, acreditavam estar sendo esses indivíduos obsediados por possessões demoníacas. Esse conceito de “possessões demoníacas” era dado ao portador de transtorno mental que, quando em surto, apresentavam delírios e alucinações. “O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que ameaçavam a sociedade” (Gonçalves & Sena, 2001, p. 49) .

Sabe-se que os loucos, os idosos, os deficientes, os bêbados, as prostitutas, os leprosos, dentre outros, que perambulavam pelas ruas, todos eram tratados e vistos como loucos e promotores da desordem social (Ornellas, 1997)

Não existia na época a especialidade médica que tratasse ou diagnosticasse a loucura. O louco era “alguém” que incomodava a ordem social e teria que ser afastado das ruas, bem como do seio familiar.

Por influência do cristianismo acreditava-se que o mundo era organizado de acordo com desígnios de Deus. Os insanos, loucos e os poucos favorecidos eram considerados parte da sociedade que procuravam expiar seus pecados (Foucault, 2005).

Chegados aos finais do século XVIII, as reformas políticas e sociais ocorridas na Europa, e em particular na França, influenciaram inúmeros movimentos de denúncias contra as internações arbitrárias dos doentes mentais e todas as espécies de maus tratos dispensados a esses. Por volta de 1792, Philippe Pinel, psiquiátrica francês, provou que era um erro tratar o doente mental desumanamente. Ele libertou doentes que, em algumas casos, estavam trancafiados e acorrentados há mais de vinte anos. Dá-se início à “Era Pineliana”, que vai até o início do século XIX. Esse tempo surge com o “ato libertador” de Pinel ao determinar o fim do “Grande Enclausuramento” (Idem).

No caso concreto do Brasil e já no século XIX, o império na figura do Imperador D. Pedro II, recém coroado, almejava a implementação de novas práticas políticas e institucionais, uma vez que a população das cidades aumentava de forma desenfreada e, com elas, aumentavam também os problemas sociais. É com isso, e inspirado no modelo Francês “Pineliano”, que a medicina adota os seus ideais positivistas, que vão servir como meio deste processo de transformação.

Em 1852, é inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro manicômio brasileiro, o hospital Dom Pedro II, que abrigava mendigos, negros alforriados que vagavam pelas ruas e sujeitos que infringiam a ordem social (Fraga; Souza & Braga, 2006; Moreno & Alencastre, 2003). A função da instituição psiquiátrica era ser responsável por controlar e moldar os comportamentos por meio de vigilância, do controle de disciplina e de violência institucional (Amarante, 2007). Uma dessas transformações acabou sendo a reprodução do discurso que iria qualificar e excluir aqueles que estivessem fora do padrão social da época, identificando-os como loucos.

Partindo dessa proposta de assistência ao portador de sofrimento psíquico, vários hospitais são instalados no Brasil, no decorrer do século XIX: “PE (Hospital Provisório de Recife - Olinda - 1864) ; Pará (Hospício dos Alienados – 1873) ; Bahia (Asilo dos Alienados São João de Deus – 1874); Rio Grande do Sul (Hospício de Alienados São Pedro – 1884) e no Ceará (Asilo dos Alienados São Vicente de Paulo – 1886)”. (Oda & Dalgalarrodo, 2005).

Todavia, o tratamento dispensado aos doentes mentais nos hospícios não era dos melhores. Muitos adoeciam pelas doenças adquiridas decorrentes das péssimas condições sanitárias a que eram expostos, e também decorrentes da qualidade precária de alimentação fornecida pelas instituições, que, em contrapartida, recebiam cada vez menos recursos financeiros por parte dos governos locais (Fraga, Souza & Braga, 2006).

Em muitos hospícios os doentes se misturavam com restos de excrementos, com restos de comida que favoreciam a presença de animais peçonhentos como ratos e baratas, assim como a presença de mosquitos, percevejos, etc. Essa forma de “desleixo” com a higiene local e pessoal fazia com que muitos adoecessem de outras doenças e até morressem.

2.1 Da exclusão aos novos métodos de tratamento

Com o advento dos asilos, a exclusão continuou. Não havia assistência médica especializada nos hospícios e nem o conceito de doença mental estava completamente definido. Começaram a serem criados, no início do século XX, novos hospitais no modelo de colônias. Modelo esse, onde o hospital era construído fora, distante das cidades. O objetivo era abrigar um número cada vez maior de loucos. Os tratamentos dispensados aos doentes mentais da época vão atender também a tomada de medidas com caráter de efeito moral, para evitar comportamentos destrutivos ou agressivos por parte dos loucos. (Fraga; Souza & Braga, 2006).

O tratamento dispensado aos doentes evoluiu, sempre inspirado no modelo europeu, utilizando eletroconvulsivos, desenvolvidos em 1937, pelos neurologistas italianos Ugo Cerletti e Lúcio Bini, e ainda, febre induzida pela malária, pela administração de insulina ou Metrazol (Amarante, 2007). Todavia, a sua utilização indisciplinada fez com que esse recurso fosse usado também como medida de castigo físico e disciplinar.

Há ainda a referir a lobotomia, utilizada também até ao início do século XX, ou ainda a camisa da força - técnica utilizada para “acalmar” os mais agitados, agressivos ou indisciplinados. Tratava-se de uma camisa feita de tecido resistente, com longas mangas, que, onde era colocada no doente e amarrada nas suas costas. O doente ficava, assim, com os movimentos dos membros superiores imobilizados, ficando horas ou até mesmo dias com essa camisa, até que se “acalmassem”. A partir da década de 50 disseminou-se o uso de medicamentos próprios para o tratamento das doenças mentais, sobretudo da clorpromazina, o que representou grande avanço nesse segmento.

2.2 A Reforma Psiquiátrica: novas formas de tratar a saúde mental

No início da década de 60 iniciou-se em Itália o processo de Reforma Psiquiátrica. Era o início do movimento de inclusão social dos doentes mentais. Esse movimento preconizava o esvaziamento dos hospícios, com a redução de leitos psiquiátricos e o retorno dos seus doentes internos para o núcleo familiar. Paralelamente, ofereceu à comunidade, por região, o tratamento ambulatorial e a realização de visita domiciliar (Alverga & Dimenstein, 2006; Melman, 2006; Amarante, 2007)

A Reforma Psiquiátrica teve o mérito de ir buscar a emancipação política, pessoal, social e cultural de pessoa com transtorno mental, ao possibilitar a recuperação da autonomia, permitindo um “olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo” (Alverga & Dimenstein, 2006, p. 303).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica ou movimento antimanicomial teve seu início no princípio dos anos 70. Todavia, seguiu a mesma perspectiva do modelo italiano, antecedido de vários movimentos que se iniciaram em 1970, como o movimento Pró Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1995).

Após 12 anos de tramitação do Projeto de Lei nº 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, apresentado em 1989, com algumas restrições do que havia sido proposto inicialmente, com a extinção progressiva dos manicômios, é aprovado em 06 de abril de 2001, no Brasil, a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e que prevê a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais, bem como reorganiza e redireciona a assistência psiquiátrica no país, ao priorizar o tratamento nos serviços extra-hospitalares (Brasil, 2004 a ; Amarante, 2007)

Como proposta de extensão, relativamente à assistência ao tratamento ambulatorial do doente mental, foram criados ao longo dos anos que se sucederam, vários equipamentos que formalizaram a rede sócio-assistencial ao portador de sofrimento psíquico. (Basaglia, 1985 ; Amarante, 2007). Em 1987, surge em São Paulo, o 1º CAPS no Brasil (Centro de Atenção Psicossocial) ; CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Posteriormente, amplia-se essa proposta, que se expande por todo o Brasil; implementando esse modelo em várias outras modalidades de CAPS: CAPS I; CAPS II, CAPS III, CAPS-i e CAPS –ad. Cada um oferece propostas de atendimento conforme perfil demográfico e social da região onde estará inserido, visando atingir as necessidades e as normativas necessárias à implantação desses equipamentos (Amarante, 1995).

As modalidades de CAPS configuram uma nova forma de acolhimento, mais próxima e humanizada, entendendo o “acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições , uma ação de aproximação , um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (Brasil, 2008,p.6) .

Abbês (2006) refere-se à idéia de acolhimento, como “Diretriz Constitutiva dos modos de produzir saúde” e “Tecnologia do encontro”. Considera ser uma ferramenta tecnológica, tendo como reconhecimento da necessidade de qualquer unidade de saúde em lidar com demandas não agendadas de forma qualificada; ser um modo de gerenciar os processos de trabalho em saúde, garantindo o acesso a todos que buscam o serviço; acolher ,ouvir, analisar a demanda, procurando respostas às questões apresentadas pelo usuário e sua rede social; atendimento com responsabilidade e resolutividade; permite o rompimento com a lógica da exclusão.

Na prática , acolher significa mudanças de paradigmas por parte dos integrantes da equipe como “ser” coletivo e do profissional individualizado em relação a “valorização do protagonista do processo”, entre outros, sensibilizar - se no sentido de que é o sujeito que passa a protagonizar a situação, que é o sujeito que deve ser valorizado na sua busca de promoção da saúde . Assim, torna - se necessário que a equipe compreenda a importância de mudança de postura coletiva . Que terão produzir e reorganizar novas práticas de trabalho; discutir questões relativas a demanda recebida , com discussões críticas e construtivas entre os profissionais , usuários e gestores promovendo a possibilidade de mudança ; estimular a aproximação com a rede social ; elaborar e acompanhar o desenvolvimento de projetos terapêuticos ; enfatizar a postura de escuta com compromisso com as necessidades do usuário e respeito a sua cultura e compreender medos e angústias diante da possibilidade diagnóstica e os preconceitos e discriminação que estão atrelados ao que a sociedade chama de “doente mental” .

Para que a etapa do acolhimento aconteça é necessário que o usuário se sinta acolhido desde a sua chegada e durante o desenvolvimento do cuidado.

A demora para que se concretize o atendimento , a presença de filas , a precária relação de empatia estabelecida entre usuário e o profissional , a baixa resolutividade dos problemas , o distanciamento do atendimento e tratamento humanitário , dentre outros aspectos são aspectos presentes ainda na nossa realidade e que se apresentam mais cotidianamente do que se imagina ; são também “entraves” para que o acolhimento não aconteça.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras –são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados(internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes.

Os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental.(Portaria GM nº336, de 19 de abril de 2002 ; Amarante , 2007) .

CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL NA ESCOLA PÚBLICA

1. NOVAS PERSPETIVAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

A nível da assistência à saúde mental de crianças e adolescentes, é evidente uma grande disparidade em relação aos adultos na maior parte dos países, mercê da ausência de políticas oficiais, que possibilitem uma rede de serviços capaz de responder com eficácia. Essas lacunas são particularmente notórias em países em desenvolvimento (Belfer & Saxena, 2006).

No caso concreto do Brasil, essa assistência integra o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela política geral de saúde mental brasileira, nos setores educacional e de assistência social (Ministério da Saúde do Brasil, 2001 e 2002)

O fato da saúde mental de crianças e jovens ter sido esquecida, a nível das políticas públicas, tem por causa um conjunto de fatores, tal como elencados por Couto, Duarte e Delgado (2008).

- Primeiro, a variedade de contextos e problemas relacionados com saúde mental da infância e juventude, pois contemplam desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até aos fenómenos de externalização (transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, e outros.
- Segundo, o conhecimento recente sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta, no que concerne aos transtornos mentais da infância e adolescência, a exigir mais pesquisa sistemática sobre estratégias de definição e avaliação das patologias mentais infantis e juvenis e as suas consequências em adultos (Costello, et. al., 1996)
- Terceiro, faltam estudos rigorosos sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis, bem como a comprovação de resultados positivos, quanto à aplicação de estratégias comunitárias, psicossociais e familiares (Olds et. al., 1998)
- Quarto, as dificuldades e funcionalidades da inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública, pois trata-se de uma intervenção complexa e multidisciplinar, que envolve vários setores autónomos, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos, que frequentemente trabalham de forma isolada e sem partilha de informação (Burns, et al., 1995)

No que se refere à Educação, no século XXI, é de assinalar a inclusão de alunos especiais em estabelecimentos públicos da educação básica, tanto no ensino infantil como fundamental e médio. Há ainda a mencionar instituições filantrópicas que disponibilizam ações educacionais e de reabilitação para alunos especiais, através da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

2. SAUDE MENTAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA

As primeiras formas de educação escolar da pessoa com deficiência no Brasil surgem nos finais do século XVIII e inícios do Século XIX, através de brasileiros que tinham estado nos Estados Unidos e na Europa, e que se dispuseram a organizar e a implementar ações isoladas e particulares, para atender pessoas com deficiências físicas, mentais e sensoriais (Jannuzzi, 2006).

Não obstante, as primeiras oportunidades educacionais identificavam a deficiência como invalidez. Assim, foram fundadas as instituições tradicionais de assistência às pessoas com deficiências mental, física e sensorial, seguindo o exemplo do Instituto dos Meninos Cegos, fundado em 1854, no Rio de Janeiro. Ainda nessa cidade, três anos depois (1857), foi criado o Instituto Imperial de Educação de Surdos. No mesmo ano, 1857, o professor francês Hernest Huet, que era surdo, fundou, com o apoio do imperador D. Pedro II, o Imperial Instituto de Surdos Mudos, que recebia surdos de ambos os sexos. O seu plano de estudos continha as disciplinas de Língua Portuguesa, Aritmética, Geografia, História do Brasil, Escrituração Mercantil, Linguagem Articulada, Doutrina Cristã e Leitura sobre os Lábios (Bruno, 2006).

Ainda nos anos 80 do século XIX, foram fundados, na cidade de S. Salvador da Bahia (1874) e na do Rio de Janeiro (1878) institutos para os deficientes mentais. O primeiro, denominado inicialmente por Asilo de S. João de Deus, mais tarde rebatizado de Hospital Juliano Moreira, atendia apenas deficientes. O do Rio, recebeu o nome de Escola México e estava ligado ao ensino regular, atendia, para além dos surdos, deficientes visuais e físicos.

Com a proclamação da República (1889) aumenta exponencialmente, no ensino regular, a rede de atendimentos especializados a pessoas com deficiência.

A partir de 1900, a educação da pessoa com deficiência torna-se um desafio para o campo pedagógico, pela necessidade de sistematizar os conhecimentos comuns a todos, de forma a que estes proporcionassem, a essas crianças, uma participação efetiva na vida dos grupos sociais. Todavia, a educação oferecida era muito segmentada, uma vez que vigorava a lei de isenção de matrícula, para grupos escolares e escolas-modelos dos “imbecis” e, ainda, daqueles que, por

qualquer defeito orgânico, fossem incapazes de receber instrução. No decreto-lei n.º 1.216, de 27 de abril de 1904, encontramos a referência a uma educação classificatória, da qual eram excluídas as pessoas com deficiência mental. Assim sendo, este sistema de exclusão regulava-se pelo lema “ordem e progresso”, defendendo que esta norma evitaria a proliferação de criminosos e desajustados, em benefício do aluno considerado “normal. Ora, neste enquadramento, a convivência heterogênea atrapalharia a utilização de meios e processos, facilitadores de uma educação de qualidade para todos (Januzzi, 2006).

O primeiro passo para a mudança de uma educação exclusiva, para uma educação inclusiva apenas ocorreu em meados do século XX. Foi necessário esperar pela proclamação da Declaração dos Direitos Humanos (1948), que vem assegurar o direito de todos à educação pública e gratuita. A este documento seguiu-se a Declaração dos Direitos da Criança (1950) e a Declaração das Pessoas Mentalmente Retardadas (1971), as quais se tornaram basilares, pela inserção de uma nova concepção de educação no Brasil (Godoy, 2002)

Em acréscimo, com a promulgação da LDB (1961), dá-se o reconhecimento de que os portadores de deficiência deveriam ser incluídos no sistema geral de educação, de forma a poder integrá-los na sociedade.

Em 1972, o Ministério de Educação e Cultura (MEC) criou o Grupo-Tarefa de Educação Especial, onde foi apresentada a primeira proposta de estruturação da educação especial brasileira, tendo sido criado um órgão central para a gerir, que ficou sediado no próprio Ministério e foi denominado Centro Nacional de Educação Especial (CENESP)

Em 1978, uma emenda constitucional reafirma o direito dos portadores de deficiência ao ensino gratuito e o seu acesso e admissão no serviço público, bem como ao trabalho em geral, à assistência e à reabilitação, e ainda à inserção na vida económica e social do país, não sendo permitida qualquer ação discriminatória.

A partir de 1980, dá-se início a debates constantes sobre a educação, tendo como questão central a redefinição das modalidades de serviço, prestada aos então denominados portadores de deficiência.

A educação de crianças com deficiências na escola comum ganhou força com o movimento nacional de defesa dos direitos das pessoas com deficiências, que lutava pela substituição do modelo educacional segregado, para a integração de pessoas com deficiências na escola, no trabalho e na comunidade, tendo em vista a igualdade e a justiça social (Oliveira, 2005), num processo de normalização social. Neste processo, foram consideradas necessidades educativas

especiais diversas, de acordo com as condições físicas ou cognitivas de cada aluno, e foi valorizada a capacidade de aprender de cada aluno.

O mais importante é que, finalmente, a inclusão escolar possibilitou ultrapassar percepções sustentadas por uma tradição cultural que discriminava um conjunto de alunos vistos como indesejáveis na escola, e impedidos de desempenhar plenamente o seu papel na comunidade (Sanches & Teodoro, 2011).

Apesar da legislação instituir e valorizar um ensino inclusivo, os mecanismos sociais excludentes continuam presentes em muitas escolas. De fato, as representações discriminatórias continuam presentes no sistema escolar, sobretudo quanto a alunos com necessidades educacionais especiais. Jodelet (2001) comprovou o papel determinante das representações sociais nas organizações, pelo que necessitam de ser identificadas e transformadas, de maneira a potenciar um ensino inclusivo, com base na diferenciação pedagógica (Sanches, 2011).

O Censo Demográfico de 2000 revela que, do total da população de brasileiros, 13,52% são de crianças e jovens com deficiência, com idade compreendidas entre 0 e 19 anos, dos quais 19,2% (640.317) têm acesso a algum nível de escolarização, da educação infantil ao ensino profissionalizante de nível médio (INEP, 2005). Não obstante, apesar de uma evolução positiva nos últimos anos, as condições educacionais ainda permanecem muito desiguais. E uma das causas é a discriminação de alunos com NEE durante o seu processo de escolarização.

Para Vygotsky (1997) a educação social pode ser uma forma de compensar os problemas das crianças com limitações, integrando-os com os outros alunos, porque não concebia nenhum aluno como incapaz. Neste entendimento, considerava fulcral a superação de práticas de uniformização e defendia a diferenciação pedagógica. O desenvolvimento seria um processo, devendo os professores tomar como ponto de partida as limitações da deficiência.

Em síntese, é da responsabilidade da Escola e da família promoverem encontrarem novas oportunidades de uma formação humana inclusiva, que facilite a aprendizagem e o desenvolvimento de todos os cidadãos. Assim sendo, é de destacar a opinião de Vygotsky (1997), pois situou a aprendizagem no ambiente social, independentemente das características de cada sujeito, dado que é neste contexto que, por desenvolvimento proximal, as crianças constroem as suas emoções e percepção do mundo.

3. ESCOLA INCLUSIVA E ENSINO E APRENDIZAGEM

Numa perspectiva de inclusão, deverão ser proporcionadas condições equitativas para todos os alunos frequentarem a escola, num mesmo espaço físico, desenvolvendo as capacidades dos alunos de acordo com as suas aptitudes e grau de desenvolvimento físico e psicológico, mobilizando toda a comunidade educativa, numa resposta comum à diferença. Bernard (1996) e (Porter, 1994), entre outros, defendem a inclusão das crianças com NEE em classes regulares, tendo em atenção uma planificação e organização cuidadosas. Só assim será possível oferecer, a alunos com deficiência, uma educação inclusiva “nas escolas do bairro, em ambiente de salas de aula regular, apropriadas para a sua idade (cronológica), com colegas que não têm deficiências e onde lhes são oferecidos ensino e apoio de acordo com as suas capacidades e necessidades individuais” (Idem, p. 98).

Na Escola atual, em que massificação e diferenciação coexistem, é essencial ter em atenção diversos estilos e ritmos de aprendizagem, a fim de proporcionar um desenvolvimento harmonioso aos seus alunos, através de uma adaptação curricular contextual, utilização pertinentes de recursos e trabalho colaborativo com a comunidade. Em destaque, surge a diferenciação na sala de aula, que possibilita, segundo Perrenoud (1999), acabar com exercícios para todos ao mesmo tempo, mudando para exercícios adequados às necessidades de cada um, de forma a proporcionar a cada discente as condições mais favorável ao seu processo de aprendizagem.

Neste seguimento, Amarante (2007) chama a atenção para a recusa dos conceitos arcaicos, a importância de abordagem às pessoas, e não às suas doenças. Enfatiza condições de observação dos espaços terapêuticos em que é possível escutar e acolher angústias e experiências vividas: espaços de cuidados e acolhimento, de produção de subjetividades e de sociabilidades, possíveis na Atenção Psicossocial. Acrescenta “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em rede, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (Idem, p.86).

O trabalho em crianças é um procedimento extremamente complexo e envolve alta responsabilidade. Abrange conhecer o desenvolvimento humano; conhecer as etapas de desenvolvimento que vão muito mais do que a esfera física. E conhecer o universo de crianças, extrapola muito mais do que o contato exclusivo com a criança; envolve o contato e o conhecimento da dinâmica familiar da criança; conhecer sua história de vida pregressa; conhecer aspectos inerentes a gravidez, pré-natal, parto e pós parto da criança uma vez que existem

aspectos escolares e problemáticas ligadas ao desenvolvimento e a aquisição de aprendizagem que estão intimamente ligadas a esse período. Esses e outros aspectos apresentam relevância que podem estabelecer a diferença entre o normal e o patológico, no que cerne a saúde mental do aluno e suas implicações no desenvolvimento da aprendizagem.

É inegável a importância da proposta de inclusão social de crianças no ambiente escolar. É previsto nas leis da educação escolar e na Constituição (as várias leis que tratam da questão da inclusão escolar estão disponíveis em diferentes meios de comunicação como na internet, sendo veiculadas na íntegra. As leis anteriormente referenciadas, têm vindo a fomentar a reflexão e discussão por parte de educadores, pedagogos, sociólogos, filósofos, psicólogos, que se envolvam com a educação e suas vicissitudes. Assim, é preciso refletir sobre “a singularidade que diz respeito ao que advém da criança e se concretiza no mundo, pelo diferente, pelo novo e pelo inesperado” (Pacheco, 1996).

O objeto do processo ensino e aprendizagem é o aluno, enquanto sujeito ativo da sua aprendizagem, em situações mobilizadoras de suas capacidades, e em interação com o professor e os seus pares (Vygotsky, 1997). A finalidade é dotá-los da capacidade de assimilar, mobilizar e aplicar conhecimento significativo, em situações práticas, na procura de solução de problemas do cotidiano (Meola, 2000)

A inclusão de crianças e jovens com transtorno mental passa pela preparação para a inserção na sua comunidade e o exercício da cidadania, na assumpção do direito fundamental de viver a própria vida, ser único e diferente, porém igual aos outros (Barros & Lucchese, 2006).

Assim sendo, ressaltamos a importância da existência de uma equipe multidisciplinar atuando no contexto escolar, protagonizando seus papéis de maneira articulada com o Poder Público e autoridades da educação, objetivando minimizar as problemáticas existentes nesse contexto. É válido, outrossim, ressaltar também a importante função e necessidades de discussões internas na equipe multidisciplinar, visando promover, através de interdisciplinaridade, a efetivação de um trabalho de acolhimento e intervenção em saúde mental na educação.

4. O PAPEL DOS AGENTES EDUCATIVOS NO ÂMBITO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

A fim de analisar o processo de ensino e aprendizagem é essencial definir o conceito “aprender”. Derivado do latim *aprehendere*, apresenta como significados, “apoderar-se” ou “pegar”, no sentido de adquirir novos conhecimentos, configurando um processo de aprendizagem (Campos, 2002). O sujeito pode desenvolver a sua aprendizagem em vários contextos, através da troca de informações/ conhecimentos com pessoas diferentes.

Nesse contexto, o processo de ensino e aprendizagem interliga o ambiente escolar, o professor e os recursos necessários a uma aprendizagem eficaz. O ambiente escolar é o espaço físico onde se realizam as aulas, mas também engloba o próprio clima e cultura escolares. O professor, a quem cabe a responsabilidade de ensinar, funciona como orientador, motivador, planificador e avaliador, num processo sequencial e recursivo (Arends, 2008).

O ambiente escolar influencia todo o processo de ensino e aprendizagem do aluno:

“Não é simplesmente um espaço de reprodução do contexto social, uma vez que nela são geradas práticas específicas através das quais a desigualdade se constrói e, em alguns momentos, permite a construção de práticas alternativas que superam ou tentam superar as desigualdades iniciais” (Esteban, 2010, p. 30).

Essa influencia é mais evidente no caso de alunos com NEE, muitos dos quais desistem de estudar devido a ambientes preconceituosos (INEP, 2005). Por isso, refletir sobre a aprendizagem e a pedagogia, é uma tarefa complexa, uma vez que, tanto psicólogos quanto educadores deparam-se com mudanças recorrentes, a nível pessoal, educacional ou social, o que implica uma constante adaptação à realidade pedagógica. Desta maneira, o professor deve estar atento aos diversos fatores que influenciam o processo formal, não formal e informal de aprendizagem (Canário, 2005). Em consequência, é necessário o elo entre professor, aluno e escola, no processo de ensino e aprendizagem.

Podemos, assim, afirmar que um ensino democrático pressupõe o comprometimento e envolvimento do professor em todo o processo, através da construção de saberes, da interação em sala de aula e da reflexão sobre a ação pedagógica (Idem).

É preciso que o docente adquira competências profissionais, nas vertentes científica, pedagógica e tecnológica, a fim de poder proporcionar ao seu educando novo conhecimento através do aprofundamento dos saberes (Arends, 2008). Apenas desta forma será melhorada a qualidade do ensino, e efetivada uma mudança nas práticas pedagógicas (Luckesi, 2011).

Por sua vez, para além da ação do professor, é fulcral a ação do sujeito da aprendizagem, na sua individualidade. A criança tem atrelado ao seu desenvolvimento geral aspectos salutar, seus, pessoais, que envolvem uma ordem de desenvolvimento só sua inerente à sua dinâmica pessoal a aspectos culturais, sociais, psicológicos, afetivos, econômicos, entre outros. A resposta aos estímulos do meio vai depender dessa conjuntura de fatores, porquanto pode ser diferente do que uma outra possa estar dando ao mesmo estímulo. Os sintomas que se apresentam hoje de uma forma, mais tarde, podem tomar outra configuração, segundo as fases do desenvolvimento infantil e do adolescente.

4.1 A saúde mental e infantil numa perspectiva multidisciplinar

A saúde mental infantil afeta todas as áreas do desenvolvimento e impacta a saúde física e mental da família, bem como o rendimento escolar, com suas óbvias consequências na vida. Como já citado anteriormente, o trabalho com crianças é um procedimento extremamente complexo e de alta responsabilidade. Assim, o trabalho com essa clientela, impõe um contato com o meio em que vivem, indo além da demanda do que vemos ou ouvimos, pois há a necessidade de um trabalho multi e interdisciplinar sério e profundo. A necessidade de catalogar e trocar dados, nessa teia de intercomunicação, poderá haver a discussão de uma possibilidade diagnóstica, de direcionamento de um trabalho interventivo multiprofissional, trazendo para o campo operacional múltiplas variáveis que, certamente, influenciarão o curso dos acontecimentos, desde os socioeconômicos e culturais, até os específicos da estrutura de cada família e da inserção de cada criança em sua própria família. Além de lidarmos com questões objetivas e fantasias de cada pequeno indivíduo com que trabalhamos, somos obrigados a lidar com as questões e fantasias de cada família e de cada instituição para com a "sua" criança. Somos exigidos, enquanto profissionais, pelas próprias crianças, pelas famílias e pelas instituições envolvidas. Por esse motivo, torna-se necessário que o profissional que lide com a criança possua conhecimentos inerentes às fases do desenvolvimento humano e suas particularidades. Que tenha uma visão holística desse conhecimento e entenda a necessidade da apropriação desse conhecimento para o desenvolvimento das atividades dentro do contexto educacional onde está inserido. Que compreenda que problemas de ordem emocional possam interferir no trabalho do aprender, que mente e corpo são inseparáveis, que suas necessidades sejam minimamente atendidas.

“Necessidades que extrapolam as físicas”, "é possível lançar luz à idéia de que mente e corpo são inseparáveis. (...) O processo de desenvolvimento depende de interações repetidas e variadas entre crianças em crescimento e seu ambiente". Moojen (2003, p. 98) aborda a dificuldade de estabelecer os limites entre a normalidade e a patologia na aprendizagem, examinando os múltiplos fatores que podem interferir nesse delicado processo e possibilidades de tratamento dos problemas, que vão desde medidas específicas até a necessidade de abordagens multidisciplinares

Nas equipes multidisciplinares, o contato do profissional com o transtorno que a criança apresenta vai muito além do contato exclusivo só com a criança. Envolve ainda a atenção à família, uma vez que, nesse momento evolutivo, é uma influência decisiva enquanto presença real. Assim, o trabalho dos agentes educativos impõe um contato com o meio em que vivem, trazendo para o campo operacional múltiplas variáveis que, certamente, influenciarão o curso dos acontecimentos, desde os socioeconômicos e culturais, até aos específicos da estrutura de cada família e da inserção de cada criança em sua própria família. Além de lidar com questões objetivas e fantasias de cada pequeno indivíduo com quem os agentes trabalham, há ainda que lidar com as questões e fantasias de cada família e de cada instituição para com "sua" criança (Zimerman, 2004) . Daí a importância da existência de uma equipe multidisciplinar no âmbito escolar. A composição de uma equipe, com perfil e habilidades que favoreçam o acolhimento da demanda , a identificação do sintoma e como e para onde fazer o encaminhamento dessas problemáticas, compete à rede sócio – assistencial, sempre em conjunto com a escola.

CAPÍTULO III- METODOLOGIA DO ESTUDO

1.PROBLEMÁTICA

Entre os diversos fatores que complexificam a educação e o ensino e aprendizagem, um dos maiores desafios reside na integração de alunos com NEE, devido a problemas de saúde mental, pelas implicações sociais, pedagógicas e relacionais.

A identificação das alterações comportamentais de alguns alunos com comportamento “anormal”, ao longo da sua escolaridade, desde a Educação Infantil, ao Ensino Fundamental levou à exclusão de muitos alunos, ao longo das últimas décadas .Todavia, pouco a pouco, tem-se verificado uma mudança de percepções, em resultado de mudanças legislativas que advogam uma escola inclusiva e do empenho dos profissionais da saúde e da educação, empenhados na integração do aluno com NEE em turmas regulares.

Face aos aspectos que identificam normalidade e patologia na aprendizagem, o professor deverá obter conhecimentos atualizados, que lhes permitam orientar os alunos com problemas de saúde mental, no entendimento de que esses alunos necessitam de ajuda e de intervenção profissional específica.

A Lei de Diretrizes de Base da Educação , LDB-E , estabelece que as escolas com um número igual ou superior a 300 alunos incluam alunos com NEE, tendo como apoio equipes multidisciplinares de apoio à educação, compostas por psicólogos e ou psicopedagogos e ainda por ou assistentes sociais e ou sociólogos” (LDB-E 9394/96, arts 58,59 e 60; cap.V).

Assim sendo, interessou realizar uma revisão teórica e uma análise descritiva dos registros do Censo Escolar da Secretaria Municipal da Educação do Governo de Serra Talhada, de forma a analisar o resultado da intervenção do NUPSF, no contexto escolar, focalizando a intervenção e, sobretudo, a prevenção da saúde mental dos alunos, privilegiando um trabalho colaborativo em comunidade.

2. PERGUNTA DE PARTIDA

Recordemos então a nossa Pergunta de Partida:

- De que forma é possível melhorar a saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de um trabalho conjunto, de intervenção e prevenção, entre o NUPSF e as escolas públicas municipais de Serra Talhada, fortalecendo os vínculos entre o aluno, a escola e a comunidade?

3. OBJETIVOS

O **objetivo geral** deste trabalho visa avaliar o trabalho de intervenção e prevenção do NUPSF na melhoria da saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de parcerias com as escolas públicas municipais de Serra Talhada/PE.

Como **objetivos específicos**, definimos :

- analisar a gênese da doença mental no Brasil;
- equacionar a saúde mental de crianças e jovens em idade escolar, dos ensinos infantil e fundamental;
- responder à clientela específica da escola pública, diagnosticando as suas problemáticas;
- encurtar a distância entre a escola e a comunidade, através do trabalho de intervenção e prevenção do NUPSF;
- Estimular a auto-estima, com projetos e atividades interventivos e preventivos; em parceria NUPSF e escolas públicas;
- ajudar a melhorar a saúde mental das crianças e jovens em idade escolar, fortalecendo os vínculos entre o aluno, a escola e a comunidade, numa perspectiva de cidadania;

4. OPÇÃO METODOLÓGICA

Nesta pesquisa selecionamos uma abordagem qualitativa, dado que possibilita “estudar, de uma forma mais ou menos aprofundada, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo” (Bell, 2008, p. 23), considerando o processo e não apenas o produto.

Assim, a abordagem qualitativa permite observar, descrever e analisar percepções, intencionalidades, atividades individuais, colaborativas e de projeto, entre outras, nos contextos específicos em que se inscrevem (Tuckman, 2005).

Atendendo à complexidade da realidade educativa, haverá que ter em conta as características do contexto em análise, devido à heterogeneidade de alunos, a frequentarem o ensino infantil e fundamental. Em acréscimo, o olhar da investigadora, não obstante o cuidado tido com a análise efetuada, pode enviesar a interpretação realizada, pelo que é essencial tanto a análise documental, como as ações e percepções dos sujeitos participantes, nas parcerias estabelecidas com e pelo NUPSF na melhoria da saúde mental das crianças e jovens. Todavia, apesar dessa subjetividade, inerente à análise qualitativa, a mesma é entendida por Stake (2009), como uma mais-valia na pesquisa qualitativa, devido ao conhecimento contextual da investigadora.

5. FONTES DA RECOLHA DE DADOS

Para esta investigação recorreremos à Secretaria Municipal da Educação do Governo Municipal de Serra Talhada, de forma a recolhermos dados do censo escolar a partir de 2005 e até 2013, relativos à Educação Infantil e ao Ensino Fundamental em nove anos.

Em acréscimo, foram recolhidos dados sobre o movimento e rendimento de alunos inscritos na Educação Infantil, no Ensino Fundamental I e II e EJA. Os parâmetros analisados incluíram a matrícula inicial, final e geral, bem como a passagem plena, reprovação, transferência, desistência e sem matrícula.

6. CONTEXTO

6.1 O MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA/PE

A fundação da cidade de Serra Talhada (Estado de Pernambuco) ocorreu em meados do século XVIII, com a chegada do capitão português Agostinho Nunes de Magalhães que arrendou a sesmaria à Casa da Torre, instalando aí a fazenda da Serra Talhada. Mais tarde, já nos finais do século XIX (1893), foi construída a primeira Câmara Municipal, sendo eleito perfeito Andreino Pereira da Silva.

A cidade é berço de figuras ilustres, nomeadamente artistas e políticos, e de figuras polémicas como a de Virgulino Ferreira da Silva (o famoso Lampião), rei do Cangaco, conhecido pelos seus feitos e pela dança criada pelo seu bando, com o nome de xaxado, de acordo com o espólio reunido num museu sobre a história “lampiônica”.

A nível educacional, Serra Talhada apresenta uma grande diversidade de escolas, públicas e particulares, de tempo integral e técnicas, desde o Ensino Infantil ao Ensino Superior.

No que respeita à saúde, existe na cidade, há mais de 35 anos a Clínica Psiquiátrica São Vicente Ltda, que oferece seus serviços especializados com equipes multidisciplinares especializadas. É um hospital privado, conveniado ao SUS que conta hoje com 120 leitos – SUS, funciona 24 horas/dia, durante os 7 dias da semana e a sua maior clientela é de pacientes agudizados e crônicos portadores de EZ e psicóticos, sendo essa população normalmente egressa.

Por ser um dos hospitais psiquiátricos mais antigos da região e também pela localização geográfica da cidade, esse hospital atende 54 cidades vizinhas além de Serra Talhada. Atualmente a oferta de vagas decresceu desde o início das atividades institucionais onde contava com a oferta de 220 leitos, para 180 leitos; de 180 para 160 e de 160 para 120 (durante o período de 2006 para cá). Atualmente conta com 120 leitos, mediante a política de redução de leitos preconizada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica que vem acontecendo em todo o Brasil.

Até 2008, o tratamento do usuário era realizado integralmente na modalidade institucionalizada. As revisões para manutenção do tratamento psiquiátrico eram referenciadas para os PSF (Postos de Saúde da Família) mais próximo para o usuário. Quando em reincidência da crise, o usuário era novamente internado por um familiar ou um responsável. E assim, muitos vivenciaram esse ciclo, por vezes cronificando no seu quadro mental.

Por volta de 2008, impulsionado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, a proposta da secretaria de Saúde local através do Programa de Políticas Públicas em Saúde Mental, inicia na cidade a oferta dos serviços ambulatoriais com a expansão dos serviços de atendimento

ambulatorial para prestar continuidade ao tratamento psiquiátrico ao indivíduo portador de sofrimento psíquico. É inaugurado o primeiro CAPS II da cidade. Equipamento que funciona de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas para população adulta , acometida de transtorno psíquicos. Em 2011, inaugurado o CAPS – ad (funcionando 24 horas todos os dias). E em 2014 o CAPS-i atendendo crianças de 03 a 12 anos também de segunda a sexta-feira das 7:00 às 17:00 Horas. Conforme descrito na regulamentação ministerial.

Regulamentação de Funcionamento dos CAPS da **Portaria GM nº336, de 19 de abril de 2002 :**

CAPSI Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

CAPSII Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

CAPSIII Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral, para suporte médico .

CAPSi Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

CAPS ad Responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no território.

Coordenar atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas no território.

Funcionar das 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

Manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso.

Dessa forma , os usuários que recebem alta do hospital psiquiátrico são referenciados (a depender da sua problemática , para o CAPS que atenda a especificidade da sua doença) para a rede sócio – assistencial para dar continuidade ao seu tratamento. Evitando assim, reinternamentos desnecessários ; sendo o que muitas vezes promovia a cronificação da doença e o distanciamento familiar e social protagonizando a situação da loucura e da segregação sócio-familiar.

6.2. Gênese do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF)

A Gênese do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF) tem a ver com as necessidades contextuais referenciadas pela Secretaria da Educação de Serra Talhada, de forma a dar resposta aos transtornos diagnosticados, relativamente aos alunos das escolas municipais públicas.

Como temos vindo a referir, a infância e a adolescência é um período de intensas atividades e transformações na vida mental da criança ou do adolescente, o que, por si só, leva a diversas manifestações de comportamento. Ainda assim, o diagnóstico dos transtornos mentais em crianças e adolescentes têm sido um grande desafio na prática clínica, dada a heterogeneidade dos quadros clínicos e as peculiaridades diagnósticas.

De acordo com a OMS, aproximadamente 20% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental. Outras manifestações inerentes à adolescência são as condutas antissociais, delinquência e uso de drogas que podem estar associados às manifestações de agressividade e distúrbio do comportamento na infância.

É sabido, que muitas das manifestações ditas normais da adolescência podem se confundir com doenças mentais ou comportamentos inadequados , por isso é preciso atenção, pode ou não ser problema mental. Temos de ter o cuidado inicialmente de avaliar bem o comportamento de um adolescente, antes de se garantir a existência ou não de um transtorno mental. Para tanto é necessário se conhecer um pouco acerca do que chamamos de "adolescência normal", que é a fase da vida em que a pessoa se descobre como indivíduo separado dos pais. Isso gera um sentimento de curiosidade e euforia, porém também gera sentimentos de medo e inadequação. Um adolescente está descobrindo o que é ser adulto, mas não está plenamente pronto para exercer as atividades e assumir as responsabilidades de ser adulto. Daí , confirma-se a teoria inicial sobre a importância de considerarmos o desenvolvimento humano um estudo complexo que requer atenção sob vários aspectos tendo em vista as especificidades das áreas de assistência multidisciplinar e a pluralidade de causas que podem estar associadas a determinados sintomas. Ainda ressaltando que nem sempre o sintoma parte ou deve ser visto e compreendido sob o aspecto de uma queixa verbal . Os sintomas comportamentais, alimentares , escolares devem ser percebidos e vistos com a relevância que merecem uma vez que podem estar sinalizando como causas/sintomas psicossomáticos e , por conseguinte , como um pedido de ajuda “silencioso”.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento das atividades da equipe multidisciplinar do NUPSF, visa buscar conhecer esse contingente das interferências encontradas na demanda

recebida. Através de triagens realizadas partindo de visitas domiciliares , visitas institucionais e entrevistas específicas realizadas “in lócus” com famíliadulta. São difíceis de mensurar os impactos causados pela angústia familiar, situações de conflito e desempenho social inadequado na infância, mas estudos retrospectivos sinalizam estes eventos como marcadores precoces de transtornos mentais no adulto.

Uma vez que o sistema educacional disponibiliza de equipe multidisciplinar , a indicação da “situação problema” deve ser referenciada para esse equipamento com a maior precocidade possível. Quanto mais breve e acertiva for a intervenção, maior e, também mais breve, a possibilidade de superação do problema.

- **A Intervenção através da Psicoeducação**

A possibilidade de superação dos problemas ou a prevenção dos problemas antes que esses estejam instalados é uma das competências da equipe multidisciplinar quer seja na área da saúde , da educação ou na área social.

A psicoeducação é uma estratégia interventiva preventiva que pode ser feita de forma individual ou coletiva . Importante ferramenta que pode auxiliar na prevenção dos problemas que podem afetar a aprendizagem sendo esses decorrentes de problemas ou alterações que afetam o feto ou o bebê durante os períodos do pré-natal , do Peri-natal ou no pós-natal.

Orientar, através de palestras ou rodas de conversas , desenvolvidas através de programas ou projetos executados pela equipe multidisciplinar e implantados nas escolas em parcerias estabelecidas anteriormente, mediante o estudo das carências culturais existentes em cada comunidade. Essa estratégia também aproxima a família da escola, valoriza e fortalece essa relação, fomenta na família a busca de ser um co-participante no processo educacional dos seus filhos.

Essa estratégia, bem como os atendimentos feitos ao alunado , proporcionou ao NUPSF a oportunidade de visualizar os principais problemas em saúde mental encontrados na escola. Elencaremos a seguir , de modo qualitativo, mas seguindo uma sequência do maior número de casos recebidos para o menor número de casos recebidos .

6.3. Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF

Dos encaminhamentos recebidos no NUPSF elencamos os transtornos mentais diagnosticados no NUPSF. Vale salientar que , através da intervenção do profissional em psicologia, habilitado em saúde mental , fazendo uso de ferramentas de trabalho tais como : a observação livre; a coleta de dados feita através de anamneses específicas – em anexo ; da aplicação (quando necessário) de alguns tipos de testes específicos , especialmente os testes projetivos , o psicólogo faz a triagem inicial objetivando estabelecer um hipótese diagnóstica da situação – problema. Posteriormente, visando fechamento de diagnóstico ou assistência específica , o caso é encaminhado para a rede de referência; conforme indicação do caso ou para o psiquiatra , ou para o neurologista; ou para o neuropediatra; ou terapeuta ocupacional ou ainda ao psicopedagogo, ficando o caso sendo acompanhado pelos profissionais para onde foram encaminhados e pelo profissional dentro da sua especificidade. É solicitado pelo NUPSF a contra-referência. A contra-referência nos dá a possibilidade de fechamento do caso no que compete ao NUPSF , nos dando a possibilidade de analisarmos a congruência entre a hipótese diagnóstica lançada e o diagnóstico conclusivo.

Os principais transtornos encontrados no NUPSF estão elencados abaixo, tomando como base o CID 10 (Código Internacional das Doenças). A sequência das indicações dos mesmos segue o critério do maior para o menor número de casos encontrados no NUPSF nos anos de 2010 a 2015 na rede pública municipal de Serra Talhada – PE nos alunos dos ensinos fundamental I e II

- **Transtornos do Déficit da Atenção e Hiperatividade**

O TDAH é uma síndrome neuropsiquiátrica cujas manifestações principais são três: 1) desatenção; 2) impulsividade; e 3) hiperatividade, sendo freqüente em crianças em idade escolar. Os critérios para o diagnóstico estão melhor definidos a partir dos 6 anos de idade, especialmente porque, nessa idade, os problemas na escola se tornam mais claros, tanto na aprendizagem como no relacionamento com os colegas. O DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* - quarta edição revisada) coloca que os pré-escolares com TDAH já diferem de crianças

normais da mesma idade, por estarem constantemente em movimento e por terem dificuldades em participar de atividades sedentárias com a classe. Entretanto, é difícil estabelecer o diagnóstico em crianças pequenas. Essas dificuldades estão relacionadas com o fato de que crianças pequenas são naturalmente desatentas, impulsivas e ativas, quando comparadas às crianças em idade escolar, sendo difícil determinar as fronteiras entre os padrões normal e anormal do comportamento. Entretanto, quando esses comportamentos são muito anormais, mesmo em crianças menores, eles limitam o aprendizado, a socialização, incluindo uma interação apropriada com os pais. Fatores ambientais, como dinâmica familiar, diagnóstico diferencial e comorbidade com condições como transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta e do humor (como depressão) devem ser considerados quando as manifestações sugerindo TDAH já preocupam os pais muito cedo na vida.

- **Transtornos Espectro do Humor ou do Afeto – Depressão**

É o grupo onde se incluem as doenças depressivas, de certo modo comuns na adolescência, acompanhadas das mais diversas manifestações. Podem apresentar humor deprimido (tristeza) acentuado ou irritabilidade. Vale salientar que esses transtornos podem ser indicação de uma comorbidade associada a depressão ou ao transtorno invasivo do comportamento – transtorno do espectro autista; sem que no entanto, sejam esses os diagnósticos finais, perda de interesse ou prazer em suas atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou excesso de sono, abuso de substâncias psicoativas ou queda no rendimento escolar. O tratamento desses transtornos envolve o uso de fármacos (antidepressivos), associados a psicoterapia.

- **Transtornos Alimentares**

Os transtornos alimentares vão além do aspecto físico. Ou seja, da busca do corpo ideal. Implica em situações ligadas a mecanismos inconscientes, tais como a necessidade de aprovação social e pessoal, nível reduzido da auto-estima, comprometimento afetivo pessoal, familiar, ou relacional por exemplo. O transtorno de ansiedade é uma comorbidade associada. Se incluem nesse grupo a Bulimia (ataques de "comer" compulsivo seguidos, muitas vezes, do ato de vomitar)

e Anorexia (diminuição intensa da ingestão de alimentos). A pessoa demonstra um "pavor" de engordar, tomando atitudes exageradas ou não necessárias para emagrecer, mantendo peso muito abaixo do esperado para ela. O tratamento desses transtornos envolve uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, nutricionista), fármacos antidepressivos e psicoterapia, necessitando em alguns casos de intervenções na família.

- **Transtornos do Uso de Substâncias Psicoativas**

O uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, como é conhecido, é um tipo de alteração de comportamento bastante visto na adolescência. A dependência de drogas, que é o transtorno mais grave desse grupo, manifesta-se pelo uso da substância associado a uma necessidade intensa de ter a droga, ausência de prazer nas atividades sem a droga e busca incessante da droga (principalmente quando o usuário está na fase da “fissura”, muitas vezes envolvendo-se em situações ilegais ou de risco para conseguir a mesma (roubo e tráfico). O tratamento envolve psicoterapia, educação familiar e alguns fármacos, por vezes necessitando internação hospitalar, objetivando o afastamento da droga ou do meio de outros usuários ou ainda para que seja realizada a desintoxicação. Há ainda a alternativa do tratamento em regime ambulatorial em Centros especializados; tais como Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).

- **Transtornos de Conduta**

Caracterizam-se por comportamentos repetitivos de contrariedade a normas e padrões sociais, conduta agressiva e desafiadora. Constitui-se em atitudes graves, sendo mais do que rebeldia adolescente e travessuras infantis normais. Essas pessoas envolvem-se em situações de ilegalidade e violações do direito de outras pessoas. Aparecem roubos, destruição de patrimônio alheio, brigas, crueldade e desobediência intensa como algumas das manifestações. O tratamento envolve basicamente psicoterapia, podendo-se utilizar alguns fármacos no controle da impulsividade desses pacientes. São transtornos de difícil manejo, e muitas vezes necessitam de intervenções familiares e sociais. Também aqui, é importante observar a possibilidade de comorbidade como sintoma e não como precisão de diagnóstico. Esse comportamento pode ser também confundido como um dos sintomas da hiperatividade.

- **Transtornos de Ansiedade**

Os transtornos de ansiedade incluem desde a ansiedade de separação e a fobia escolar, condições que ocorrem quase que exclusivamente na infância, até o transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada, estresse pós-traumático, síndrome do pânico e fobias. Pessoas que vivem com um grau muito intenso de ansiedade podem chegar a ter prejuízos no seu funcionamento, por exemplo social, em decorrência dessa ansiedade. Além de causar importante sofrimento físico e psicológico, as consequências dos sintomas ansiosos costumam ser desmoralizantes e incapacitantes em mais de uma esfera, como por exemplo social, ocupacional, escolar e familiar. Os sintomas podem iniciar tanto na infância quanto na adolescência, e podem ser tanto primários, quanto secundários ou ocorrerem em comorbidade com outros sintomas psiquiátricos. O tratamento envolve basicamente psicoterapia, podendo-se recorrer a alguns fármacos como coadjuvantes.

- **Transtornos Psicóticos**

Nessa fase da vida muitos transtornos psicóticos, por exemplo a esquizofrenia, iniciam as suas manifestações. Esses transtornos são graves, muitas vezes necessitam internação hospitalar e são caracterizados por comportamentos e pensamentos muito bizarros e distorcidos frente a realidade . Observa-se presença de sintomatologia produtiva (alucinações e/ ou delírios) O tratamento baseia-se em tratamento medicamentoso com o uso de antipsicóticos e psicoterapia de apoio. São transtornos, em sua maioria, crônicos, principalmente se não tratados. Mais uma vez, é necessário observar a possibilidade de comorbidade. Porém , nessa categoria , decorrente de fator reacional . Ou seja, o usuário de substâncias psicoativas (usuário de drogas) quando em situação de abstinência pode apresentar a presença dessa sintomatologia. O que pode caracterizar outras doenças.

- **Transtorno Invasivo do Comportamento – Transtorno do Espectro Autista**

Habitualmente, os sintomas mais proeminentes das condições pertencentes ao espectro do autismo, ou transtornos invasivos do desenvolvimento, podem ser bem observados depois dos 2 anos de idade , quando espera-se que a criança iniciando sua idade escolar e de relacionamentos sociais mais amplos , deverá ser solicitada nas relações com esses meios a interagir e a se comunicar com seus coleguinhas ou familiares .

São três os principais sintomas dos transtornos invasivos do desenvolvimento: 1) repertório limitado de atividades, interesses e comportamentos; 2) comprometimento do desenvolvimento da linguagem verbal e não-verbal; e 3) pobre ou nenhuma interação social, incluindo contato visual. Para os pais e equipe médica, essas manifestações são sutis e difíceis de perceber antes dos 2 anos. As envolvendo comunicação e interação social são percebidas antes, e aquelas relacionados à restrição de interesses e comportamentos são percebidas mais tardiamente, depois dos 3 anos.

Outros sintomas apontam algumas manifestações precoces que poderiam ser observadas pelos pais em idades em média inferiores aos 2 anos, como falta de interesse por brinquedos, desinteresse em compartilhar objetos e experiências de que goste, pobre contato visual, intolerância a contato físico, posturas e medos sem causa aparente, problemas alimentares, necessidade de rotinas e rituais, problemas alimentares, movimentos e comportamentos estereotipados, pouca atenção a adultos, crises de birra, regressão ou atraso na linguagem, comportamentos obsessivos, falta de brincadeiras imitativas, interesses restritos e estereotipados e deficiência também na linguagem não-verbal, como apontar. A fixação e seguimento oculares dirigidos a rostos humanos estão comprometidos, e esta é uma manifestação precoce.

São muitas as possibilidades de transtornos mentais nessa fase da vida, mas todas as situações devem ser muito bem avaliadas antes de se fechar um diagnóstico, principalmente na adolescência. Além das dificuldades pessoais dos adolescentes e de sua intensa modificação corporal e mental, o que por si só já pode gerar comportamentos e sentimentos de inadequação, suas atitudes podem ainda refletir problemáticas familiares. Assim sendo, sem uma devida avaliação do adolescente é, no mínimo imprudente, caracterizá-lo como tendo uma doença mental específica.

É neste sentido, que o o Núcleo Psicossocial de Serra Talhada deverá intervir, de forma a encaminhar, tratar e ou prevenir transtornos que podem afetar o desenvolvimento e o sucesso escolar dos alunos.

7. SUJEITOS DA PESQUISA

Alunos matriculados nas escolas públicas municipais de Serra Talhada, desde a Educação Infantil ao Ensino Fundamental I e II, bem como aos alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA), no período temporal entre 2008 a 2014 e transtornos diagnosticados pelo NUPSF a partir de 2008. Optamos por este intervalo de tempo, por corresponder ao início da atividade do NUPSF em contexto escolar.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS: INTERVENÇÃO DO NÚCLEO PSICOSSOCIAL E FONOAUDIOLÓGICO (NUPSF)

1. VISÃO GERAL DO QUANTITATIVO, MOVIMENTO E RENDIMENTO DOS ALUNOS DAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE SERRA TALHADA

De forma a possibilitar uma análise mais pormenorizada do âmbito de atuação do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF), optou-se por integrar os dados oficiais da Secretaria da Educação de Serra Talhada, relativamente aos alunos que frequentam as escolas municipais.

Segue-se sequência do quantitativo de alunos por modalidade escolar relativamente ao período compreendido entre 2008 e 2013.

Tabela 1- Quantitativo de alunos na Educação Infantil e no Ensino Fundamental de 2008 a 2013- Censo Escolar

ANO	Nº ESCOLA	Ed. Infantil		ENSINO FUNDAMENTAL EM 09 ANOS									Total
		Creche	Pré escolar	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	8º ano	9º ano	
2008	96	243	425	978	1.215	1.232	1.491	1.111	784	630	424	402	8.935
2009	91	145	1.108	683	1.063	1.125	1.463	1.108	790	607	424	326	8.842
2010	93	302	1.385	688	697	980	1.474	1.182	755	613	463	384	8.923
2011	91	278	2.315	867	723	1.306	1.319	1.127	944	566	347	346	10.138
2012	90	451	1.389	1.104	920	771	1005	1.046	791	611	355	308	8.751
2013	85	483	1.364	1.047	1.121	954	668	1.030	675	563	450	274	8.329

Fonte: Governo Municipal de Serra Talhada. Secretaria Municipal da Educação (SEDUC)

A partir da observação dos dados da tabela, que trata do Censo Escolar do município de 2008 a 2013, verifica-se que o maior número de alunos matriculados encontra-se no ensino pré-escolar e que, possivelmente, o aumento desse quantitativo de matriculados, nessa modalidade de ensino, se deva ao aumento do número de abertura de creches no município.

Ainda se tratando dessa modalidade de ensino, é também percebido que o número de matriculados quase multiplicou nos anos de 2012 e 2013, sendo o que justifica a abertura de novas creches e abre espaço para novas ofertas de vagas, para matrículas nessa modalidade de ensino.

Discorrendo sobre o ensino pré-escolar, percebe-se que, em relação a 2007 e 2008, os anos subsequentes de 2009 e 2010 quase que triplicaram o número de matriculados nessa modalidade de ensino. Ressalte-se que o ano de 2011 teve o maior índice de matriculados, em relação aos demais já citados anteriormente.

Em relação aos Ensinos Fundamental I e II, pode-se perceber que, o maior número de matriculados nesse ciclo de ensino ocorreu nos anos de 2007 e 2008. Especialmente, destacando-se o maior número de matriculados, quanto a alunos do 4º ano.

No ano de 2011, houve uma elevação no número de matriculados que ingressaram no 6º ano, enquanto que em 2013 foi o ano que houve maior queda no número de alunos que atingiram a progressão do 8º para o 9º ano.

Tabela 2- Quantitativo de alunos na EJA de 2008 a 2013- Censo Escolar

ANO	Nº ESCOLA	Educação de Jovens e Adultos		Total
		EJA anos iniciais	EJA anos finais	
2008	96	848	563	1411
2009	91	375	496	871
2010	93	154	480	634
2011	91	325	328	653
2012	90	154	387	541
2013	85	193	290	483

Fonte: Governo Municipal de Serra Talhada.
Secretaria Municipal da Educação (SEDUC).

Os dados relativos ao quantitativo de alunos na EJA, no período que decorreu entre 2008 e 2013, apontam para um elevado número de alunos matriculados em 2008, ano da implantação da EJA em Serra Talhada. Tal comprova a funcionalidade desta modalidade de ensino, pois um elevado número de alunos (EJA anos iniciais e EJA anos finais) encontrava-se fora do ensino

fundamental, comprovando índices altos de evasão escolar. Neste sentido, o reingresso pode funcionar como uma segunda oportunidade de aprendizagem, na escola formal.

No que concerne aos dados sobre o quantitativo das escolas, por anos, de 2005 a 2014, os mesmos encontram-se nas duas tabelas seguintes:

Tabela 3- Movimento e Rendimento relativos à Educação Infantil e ao Ensino Fundamental I em 2014

	MODALIDADE	Ed. Infantil			Total	FUNDAMENTAL I					Total
ESCOLA	Movimento/ Rendimento	Maternal	Pré I	Pré II		1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	
TOTAL GERAL	Mat. Inicial	435	1594	-	2029	991	1051	1349	852	829	5072
	P. Plena	-	-	-	-	933	994	1046	822	647	4442
	Reprovado	-	-	-	-	0	0	234	0	141	375
	Transferido	14	80	-	94	45	47	59	27	27	205
	Desistente	59	12	-	71	12	09	10	10	14	55
	S/M	362	1502	-	1864	0	0	0	0	0	0
	Falecido	-	-	-	-	0	01	0	0	0	01
	Mat. Final	362	1502	-	1864	933	994	1280	822	788	4817
	Mat. Geral	435	1594	-	2029	991	1051	1349	852	829	5072

Legenda: MT: Matrícula inicial ; P. Plena: progressão plena ; S/M : sem movimento ;
Mat. final : matrículas finais ; Mat. geral: matrículas gerais

Fonte: Governo Municipal de Serra Talhada. Secretaria Municipal da Educação (SEDUC)

Tomando como medida de investigação para avaliação do Movimento e rendimento - 2014, da Secretaria da Educação de Serra Talhada /PE, o coorte dos alunos matriculados nas modalidades de ensino infantil e fundamental I e II, pode-se observar, na tabela acima, que, quanto ao índice de reprovações, não foram apresentadas quantitativamente reprovações até o 2º ano. Essas só vierem a aparecer a partir do 3º ano do fundamental I. O maior índice de reprovação ocorreu em alunos do 3º ano, seguido de alunos do 5º ano do ensino fundamental II.

Coincidentemente, alunos dessa série somam o maior número de encaminhamentos recebidos no NUPSF e com queixa principal de déficit na aprendizagem. Citação essa que contabiliza maior número de encaminhamentos, especialmente quando o professor relaciona esse fato à situação de o aluno não ter apresentado evolução quanto ao desenvolvimento da leitura e também da escrita. Ao núcleo de atendimento, NUPSF, chegam informações e solicitações frequentes, por parte dos professores,—sobre a dificuldade do aluno por não apresentar “habilidade” para essa (s) área (s), relativamente ao desenvolvimento e aprendizagem da Língua. Curiosamente, não foram recebidas queixas referentes as dificuldades dos alunos apresentadas na(s) área (a) que requer (em) as habilidades numéricas.

Tabela 4- Movimento e Rendimento relativos ao Ensino Fundamental II e à EJA em 2014

	MODALIDADE	FUNDAMENTAL II					EJA		
ESCOLA	Movimento/ Rendimento	6 ano	7º ano	8º ano	9º ano	Total	Anos iniciais	Anos finais	Total
TOTAL GERAL	Mat. inicial	620	516	465	365	1.966	284	331	622
	P. Plena	461	420	405	345	1.631	208	183	391
	Reprovado	109	67	30	07	213	24	30	54
	Transferido	34	16	19	03	72	08	16	24
	Desistente	16	13	11	10	50	51	102	153
	S/M	0	0	0	0	0	0	0	0
	Falecido	0	0	0	0	0	01	0	01
	Mat. final	570	487	435	352	1.844	232	213	445
	Mat. geral	620	516	465	365	1.966	284	331	622

Legenda: MT: Matrícula inicial ; P. Plena: progressão plena ; S/M : sem movimento ;
Mat. final : matrículas finais ; Mat. geral: matrículas gerais

Fonte: Governo Municipal de Serra Talhada. Secretaria Municipal da Educação (SEDUC)

No que diz respeito ao conjunto dos alunos matriculados nas modalidades de ensino fundamental II, pode-se observar, na tabela acima, que, quanto ao índice de reprovações, as mesmas diminuíram significativamente, desde o 6º ano ao 9º ano, apresentando o 6º ano um maior número de casos. Inversamente, os anos iniciais da EJA correspondem a um menor número de retenções, enquanto os anos finais registam um maior número, talvez pela maior complexidade dos conteúdos, conhecimentos e competências exigidas na conclusão desta modalidade.

Observa-se, também, que o total de desistentes vai decrescendo a partir do 6º ano e que, no que concerne à EJA, esse movimento apresenta uma tendência inversa, pois o número de desistentes é o dobro nos anos finais, em comparação com os anos iniciais.

Quanto ao número de encaminhamentos recebidos no NUPSF, em relação ao ensino fundamental II, verifica-se que a partir do 6º ano do fundamental II . Possivelmente motivados pelo índice de reprovação que , paralelamente , percebemos existir na série citada. Podemos suspeitar como causas das referidas reprovações na referida série a possível dificuldade que o aluno que vem do ensino fundamental I possa encontrar para adaptar-se a nova modalidade do ensino fundamental II . Pois , nessa nova modalidade de ensino o aluno passa a vivenciar uma nova dinâmica de sala de aula , onde na distribuição de disciplinas onde há um professor para cada disciplina ; quando , nas séries anteriores , apenas um professor ministrara todos os conteúdos e lecionara os conteúdos de todas as disciplinas . Sabe-se que essa nova realidade , requer do aluno uma capacidade maturacional sócio-psicológica-cultural que nem sempre está

presente no repertório do seu desenvolvimento. Sendo ainda as queixas relativas a problemas de baixo rendimento escolar muito freqüente nos encaminhamentos recebidos no NUPSF.

Podemos desconfiar que as reprovações existentes nessa modalidade de ensino promovem a falta de motivação para que o aluno continue dando andamento aos seus estudos causando muitas vezes a desistência e o abandono escolar e que esses alunos , posteriormente , quando buscam retomar os estudos , por estarem fora de faixa etária dêem continuidade a sua escolarização , ingressando em turmas da EJA.

Ainda assim , as queixas recebidas no NUPSF quanto aos alunos da EJA são mais relacionadas a desmotivação em sala de aula e ainda a desistência escolar percebida nos anos finais dessa modalidade de ensino – conforme tabela acima .

As causas mais comuns citadas pelo aluno dessa modalidade de ensino acerca do abandono / desistência escolar são : o cansaço (muitos trabalham durante o dia e vão estudar à noite) e por não acompanharem mais o ritmo de aprendizagem dos colegas mais jovens e por não acompanharem o nível dos conteúdos vivenciados em sala de aula.

2. INTERVENÇÃO DO NÚCLEO PSICOSSOCIAL E FONAUDIOLÓGICO (NUPSF)

2.1 Objetivos do NUPSF

No contexto escolar o NUPSF é solicitado a intervir continuamente na solução de problemas bastante variados. Apresenta como objetivos: (i) promover junto à comunidade escolar (alunos, professores, gestores, agentes administrativos, etc.) subsídios que levem à compreensão das interações e das interfaces envolvidas no processo ensino-aprendizagem; (ii) fornecer fundamentos norteadores dos fatores que interferem positiva e negativamente no processo da aquisição do processo ensino-aprendizagem; (iii) investir em técnicas de avaliação, mediação e de diagnóstico , quando necessário, para superação do problema (iv) intervir e prevenir, preservando a perspectiva de acolhimento.

Analisando estes objetivos, para além da sua abrangência, há a referir a focalização na intervenção e sobretudo na intervenção, privilegiando um trabalho colaborativo extensível à comunidade escolar.

2.2 Implantação do Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF): do Acolhimento à Intervenção

Em março de 2008, foi implantado o Núcleo Psicossocial na Secretaria da Educação Municipal, de Serra Talhada /PE.

A idéia partiu do gestor municipal em educação, em atuação na época. Inicialmente convida uma psicóloga para atuar dentro da secretaria e atender a demanda espontânea em saúde mental e problemas da aprendizagem advindos da clientela da educação. Com o andamento dos atendimentos, realizados por parte do profissional e das problemáticas apresentadas, bem como dos levantamentos ora realizados, percebeu-se a necessidades de ampliação das atividades do núcleo. Assim sendo, após reuniões e discussões com a gestão em educação, devidamente documentadas na Secretaria da Educação do município, foi aprovada a contratação de um assistente social; visando implementar a oferta de serviços e dar novo suporte à proposta de criação de uma equipe multidisciplinar.

O quantitativo dos encaminhamentos feitos pelas escolas para prestar assistência psicossocial, conforme os dados oficiais à época, já davam o suporte para a sustentabilidade do núcleo, uma vez que, com a evolução dos anos e número de alunos por modalidade e ano, a atuação do NUPSF foi-se estendendo a várias escolas do município.

Com a chegada do Assistente Social, as atividades do núcleo se tornam itinerantes. Passam a ser realizadas, por esses profissionais, visitas institucionais e visitas domiciliares, mediante necessidade e particularidades de cada caso atendido. Mais uma vez, a partir das visitas “in locus”, foram registradas nas Atas das reuniões e relatórios, várias outras necessidades. Entre estas enumeram-se situações familiares, escolares e dos alunos, que iriam além dos aspectos psicológicos e sociais; como já era esperado. Nesta fase do diagnóstico, a demanda reprimida começava a aparecer em larga escala, e as problemáticas levantadas também.

Na ocasião, mediante elaboração de relatório situacional, a investigadora participante referenciou e apresentou ao gestor as problemáticas levantadas. Nessa altura, foi fundamentada a necessidade de ampliação da equipe, com a contratação de mais profissionais nas áreas existentes, bem como de outros profissionais, tais como Fonoaudiólogo, Psicopedagoga, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra e /ou neurologista, visando atender as especificidades dos casos encontrados.

A proposta foi acolhida, todavia, devido à escassez de profissionais na cidade, na área de Ocupacional e de Psiquiatria, esses profissionais não iriam fazer parte diretamente da equipe

multidisciplinar interna. Contudo, foi estabelecida parceria com a Secretaria de Saúde local, para encaminhamentos dos casos que demandem essas necessidades. Assim sendo, se deu a contratação de mais 04 Assistentes sociais ; 01 Fonoaudióloga e 01 Psicopedagogo.

Em janeiro de 2013, é então implementada a atuação do Núcleo Psicopedagógico que passa a chamar-se Núcleo Psicossocial e Fonoaudiológico (NUPSF).

2.3 Fluxo de atendimento do NUPSF

No NUPSF foram utilizadas “Fichas de Encaminhamento”, registradas em modelos próprios (ver anexo), deixadas em todas as escolas pelos membros da equipe, durante visitas institucionais. As fichas são encaminhamentos dirigidos ao NUPSF, após preenchimento por parte do professor, endossado pelo coordenador de atividades e/ou coordenador ou pelo gestor escolar, num procedimento acordado com as instituições de ensino.

No NUPSF, é feita a triagem das fichas através do coordenador do equipamento, que discute com a equipe a viabilidade e formas de intervenção por parte dos profissionais. Para os encaminhamentos de casos advindos das escolas rurais, os atendimentos do psicólogo e / ou do Fonoaudiólogo serão feitos na própria escola. Especialmente as anamneses específicas (ver Anexo) que será feita com o (a) responsável (is) do aluno indicado, na ficha de diagnóstico. Os atendimentos são marcados pelo gestor escolar junto à família e / ou responsável.

Os encaminhamentos, oriundos das escolas urbanas, são realizados na sede , quer seja pela psicóloga e / ou pela fonoaudióloga. Os agendamentos também são realizados por parte do gestor junto às famílias, de acordo com registro contido na ficha de diagnóstico.

Após todos os encaminhamentos recebidos, segue-se a triagem realizada pelos profissionais. De seguida, são feitas visitas domiciliares e/ou institucionais por parte da equipe de Assistentes Sociais que, munidos de instrumentais específicos (anexo) realizam, posteriormente, seus relatórios .

No âmbito deste acolhimento profissional, a depender da necessidade, são realizados estudos de casos, com a equipe multidisciplinar. Seguidamente, são feitos os encaminhamentos específicos para os órgãos competentes e/ou profissionais , (conforme necessidade) para dar continuidade aos atendimentos, visando promover a resolução dos casos (serviços de referência e de contra - referência).

3. TRABALHO COLABORATIVO ENTRE O NUPSF E AS ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS: PROJETOS DE INTERVENÇÃO SÓCIO-EDUCATIVA

3.1 Parcerias estabelecidas

Mediante conhecimento dos casos, das realidades escolares, das realidades das famílias, do conhecimento de dinâmica das problemáticas diagnosticadas e necessidades de intervenção, estabelecemos parcerias. Em equipe, através de reuniões de estudos de casos, com esses parceiros, bem como de visitas feitas em conjunto, desenvolvemos no NUPSF projetos de intervenção sócio-educativa, que passamos a elencar:

- Secretaria Municipal de Saúde – Promoção de Palestras e Campanhas. Alguns profissionais de saúde são convidados para darem palestras nas escolas, junto com profissionais do NUPSF, sobre temas atuais e sugeridos pela própria comunidade escolar, conforme levantamento prévio. Palestras com enfermeiros; com médicos (Ginecologista, pediatras, psiquiatras, e etc), profissionais de Educação Física, entre outros.
- Secretaria de Desenvolvimento Social – Promoção de palestras e campanhas sociais. Parcerias com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).
- Conselho Tutelar/ Promotoria – Conforme necessidades, esses elementos são convidados a participarem de palestras e campanhas desenvolvidas pelo NUPSF; bem como recebem encaminhamento feitos pelo NUPSF, para intervenção e desfecho em casos específicos.
- PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência.

Parceria estabelecida com a Polícia Militar de PE, através do PROERD. Esse programa já existia nas escolas, por iniciativa da própria PM. O NUPSF, estabeleceu a parceria, dando continuidade à clientela que assiste e à identificação de casos que se enquadram nessa demanda. Esse projeto do PROERD é composto

por 05 profissionais policiais militares, formados em Educação Física, e que além das palestras educativas/ informativas, acerca de problemas como drogas, violência, evasão escolar, dentre outros, oferece também aulas de futebol, taekwondo, Jiu Jitsu. O programa exige, para permanência, frequência, bom rendimento escolar, bom comportamento social e familiar e contempla os alunos com bolsas estudantis, material desportivo gratuito e premiações.

Esse programa implica um acompanhamento dos jovens com perfil ora mencionado, a concretização de palestras, desenvolvidas pela equipe, com a finalidade de proporcionar um maior alcance de acolhimento e impacto, nas mudanças de estereótipos e paradigmas, e facilitar o acesso dos jovens ao Programa.

- Parcerias com as Diretorias: “Ensino e Aprendizagem” e de “Desenvolvimento de Políticas Públicas Educacionais”

Ainda partindo das situações problemas levantadas o NUPSF e as diretorias acima, estabelecem um programa de parcerias que almeje levar conhecimentos em várias áreas, que contemplem a necessidades de formação do professor. A partir desse objetivo, as diretorias mencionadas, em cada início de ano letivo, oferecem capacitações pedagógicas para todos os professores, coordenadores e gestores de todas as escolas.

Nas parcerias anteriormente mencionadas, são elencadas, entre as partes, temáticas e ações a serem abordadas, com base nas solicitações feitas pela própria comunidade escolar e também dos encaminhamentos feitos diretamente ao NUPSF, de forma a cumprir os objetivos anteriormente mencionados, destacando-se a intervenção, a prevenção e a melhoria de dinâmica do ensino e aprendizagem, dentre outros.

Em Julho de 2013, o NUPSF promoveu o “ I Fórum Intermunicipal em Educação” com o tema : “Interloquções Interdisciplinares na Educação”. Esse fórum ocorreu durante 2 dias. Foram oferecidos oficinas temáticas e trouxe profissionais de vários estados brasileiros para discutir temas ligados ao ensino - aprendizagem. Compareceram profissionais ; tais como: Psiquiatra Infantil; Psicopedagogo; Neuropsicólogo; Fonoaudiólogos; Assistentes Sociais; Psicólogos.

Em 2014, a psicóloga do NUPSF, participou também da Capacitação de Professores do Município. A capacitação ocorreu durante 2 dias. Foram proferidas palestras sobre “Auto estima e Motivação”, no 1º dia; e no 2º, “Depressão e Transtorno Bipolar”.

Em 2015, a Capacitação contemplou novamente temas relevantes que favoreceram o conhecimento do humano . A Psicóloga do NUPSF profere palestra sobre “Causas da Indisciplina” e a fonoaudióloga com o tema: “O Professor e o Cuidado com a voz”.

A intenção do trabalho do NUPSF e sua equipe é mostrar que existem problemas que precisam ser detectados o quanto antes para que possa haver melhor perspectiva de resolutividade. É mostrar que com parcerias, com trabalho em equipe, é possível estabelecer um plano de trabalho atuante , interventivo e preventivo.

No primeiro ano de atuação o NUPSF recebeu mais de 1,500 encaminhamentos. Com a trajetória do NUPSF e com trabalhos desenvolvidos , essa demanda caiu para 525 casos encaminhados no ano de 2015. Acreditamos ser isso fruto das capacitações oferecidas que levam ao professor maior segurança quanto ao como atuar diante dos problemas encontrados mediante conhecimentos específicos adquiridos e também a melhor fluidez do trânsito do NUPSF itinerante que , muitas vezes, no ato das visitas domiciliares e/ou institucionais atua diante das problemáticas encontradas.

3.2 Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF em alunos das escolas públicas municipais de Serra Talhada (2008-2014)

No período compreendido entre 2008 e 2014 foram diagnosticados os transtornos, que a seguir se apresentam por ordem decrescente de casos, em alunos das escolas públicas municipais de Serra Talhada.

Tabela 5- Principais Transtornos Diagnosticados pelo NUPSF(2008-2014)

Transtornos Diagnosticados	Ed. Infantil	FUND. I	FUND. II	EJA	Nº CASOS
Déficit da Atenção e Hiperatividade	215	368	76	-	659
Espectro do Humor ou do Afeto – Depressão	09	33	55	38	135
Alimentares	-	16	39	67	122
Uso de Substâncias Psicoativas	-	39	166	158	363
Conduta	89	346	322	54	811
Ansiedade	-	19	57	21	97
Psicóticos	-	03	04	02	09
Invasivo do Comportamento e do Espectro Autista	09	13	-	-	22

Conforme tabela acima pode-se perceber que foram atendidos mais de 2000 alunos no período de 2008 a 2014. Ressaltando-se porém, que esse número diz respeito ao quantitativo de alunos que foram classificados em algum tipo de diagnóstico de transtorno mental, segundo o que preconiza a classificação internacional de diagnóstico dos transtornos mentais (CID-10). Ou seja, excetuando desse quantitativo os atendimentos convencionais, que fazem parte da demanda encaminhada ao NUPSF e que, após atendimento realizado, não apresentaram necessidade de intervenção por parte de profissionais, que não faziam parte da equipe do NUPSF.

Nas observações a seguir, fizemos uma análise descritiva qualitativa e quantitativa dos principais problemas diagnosticados pelo profissional em saúde mental do NUPSF . Seguimos as considerações obedecendo a ordem decrescente quanto ao número de transtornos encontrados e fizemos comentários acerca de algumas características que pareceram relevantes, tais como : classificação de gênero sexual , idade e localização regional . Também importante salientar, que a base para a avaliação diagnóstica partiu das informações descritas na Ficha Queixa pelo professor /coordenador de atividades pedagógicas (ver anexo) e das informações colhidas pelo profissional através da anamnese (instrumental específico – anexo) feita com, normalmente a genitora do examinando. Acresce-se a isso o atendimento feito aos sujeitos examinados. E, ainda, quando necessário, a aplicação de algum teste específico psicológico (podendo ser teste de mensuração de nível intelectual, teste de psicomotricidade, teste para investigação da maturação para a leitura e para a escrita , testes projetivos para investigação de traços de personalidade ,etc.); ou testes de cunho psicopedagógico para complementação, confirmação e/ou aprofundamento diagnóstico.

Percebe-se que o principal transtorno elencado , são os **transtornos de conduta**, totalizando 811 casos recebidos. Seguido do **transtorno de Déficit de atenção e da Hiperatividade** com 659 casos. Posteriormente, seguido de usuários de **substâncias psicoativas** (álcool e drogas ilícitas), totalizando 363 casos. Em contrapartida , o menor número de casos, com indicação de transtorno mental recebido, foi o de portadores de **transtornos do espectro psicótico** , que foram 09 casos , seguido do transtorno invasivo do comportamento – **autismo** , que totalizam 22 casos, recebidos no curso do período citado.

Vale salientar, todavia, que a medida tomada como referência para confirmação da hipótese diagnóstica (HD), acerca dos transtornos mentais, é a ficha queixa encaminhada pela escola ao NUPSF, onde se descreve de modo breve, porém descritivo, o que motiva o encaminhamento daquela “problemática”. Posteriormente, a ficha queixa é comprovada (ou não) com a anamnese psicológica feita com o (s) responsável (is) pelo aluno. A hipótese diagnóstica (HD) se fecha com a evolução confirmativa ou não, quando esse caso, após encaminhamento feito

pelo psicólogo, ao neuro ou psiquiatra dos serviços de referência, retorna ao NUPSF, após as intervenções necessárias, realizadas por parte desses profissionais e indicação diagnóstica (serviço de contra-referência).

Assim sendo, as queixas mencionadas nas fichas têm um valor crucial, como ponto de partida para a indicação diagnóstica. Por isso, as observações pontuadas pelo professor são valorizadas, por ser este agente educativo, quem lida, mais diretamente e diariamente com esse aluno, tendo a responsabilidade do primeiro encaminhamento.

Ainda tratando das queixas mencionadas pelo professor, ao gabinete de atendimento, é importante ressaltar que os principais sintomas citados são os de **transtornos de conduta**. Nesses encaminhamentos, as queixas mais comuns descritas são: “criança agressiva ; mexe com os colegas ; desobediente ; não consegue aceitar os limites ; pega no que é alheio; tem dificuldade de se relacionar com os colegas”, entre outros. Esse transtorno foi bastante encontrado nos ensinos pré-escolar e fundamental I.

Em relação à situação citada de **agressividade** (quer seja física ou oral) foi necessária muita habilidade para a análise diagnóstica ; pois esse sintoma é também muito comum em alunos portadores de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) , assim como é um comportamento comum em usuários de substâncias psicoativas.

É importante mencionar, ainda, certa confusão por parte do professor, quando o encaminhamento é feito com sugestão de “depressão” , e em outros, quando com indicação de provável autismo (transtorno invasivo do comportamento). Efetivamente, muitas vezes os sintomas se confundem, devido ao fato da depressão ser um sintoma de comorbidade, em casos de transtorno invasivo do comportamento.

Além disso, percebemos, que a observação acerca da tendência de conduta isolada e o prejuízo nos contatos interpessoais foi o que levou , na maioria das vezes , a indicação errônea quanto a hipótese diagnóstica. Especialmente percebidos nas séries iniciais.

No que diz respeito aos encaminhamentos recebidos de casos de usuários de substâncias **psicoativas** (drogas lícitas e / ou ilícitas), foi verificado que a substância mais usual é a bebida, acompanhada , em poucos casos , de uso de cannabis sativa (maconha). A idade para o início do uso dessas substâncias é cada vez mais precoce na adolescência. Muitos dos casos recebidos relataram, em anamnese aberta , ter iniciado o uso ainda no ensino fundamental II e que o uso se estendeu ao longo das suas vidas. Os alunos do EJA que foram encaminhados e atendidos, e que relataram fazer uso dessas substâncias, citaram também ter iniciado o uso ainda no início da

adolescência . Quando abordados , muitos não se percebem como dependentes químicos, sendo o que se configura o prejuízo da crítica.

Alguns outros,também abordados no atendimento, revelaram que já tiveram alguma vez (esporádica ou repetidamente) algum tipo de **alteração senso-perceptiva** (quer seja alucinações e/ ou delírios) de alguma modalidade. Esses sintomas também são sintomas de comorbidade característicos também dos transtornos psicóticos . Alguns também negaram informações (muitos poucos) acerca da presença de **sintomatologia produtiva**.Todavia, não percebemos como resistência a entrevista , mas sim como atitude de negação do “adoecimento” , tentando se esconder da sua realidade ,omitindo assim informações importantes.

Esses foram os transtornos mais comuns encontrados no fundamental II e EJA.

Em se tratando do **TDAH** , os sintomas observados pelos professores e encaminhados ao NUPSF, através da ficha queixa, dizem respeito às queixas associadas à aprendizagem. Especialmente, em relação a não alcançar avanços, no que se refere à aquisição e aprofundamento de competências de leitura e escrita. Associaram a essa patologia o comportamento inquieto do aluno e a falta de atenção. Muitos professores ressaltaram que não conseguem dominar o aluno e que este não apresenta interesse por nada na sala de aula.

Este constitui o transtorno encontrado com maior frequência no ensino fundamental I e que prejudicam a aprendizagem de crianças e jovens, pois esse é o período em que as atividades escolares requerem habilidades e bom desenvolvimento neurocognitivo no âmbito da atenção, memória , sintonia entre raciocínio concreto e abstrato e dedução. O aspecto maturacional, nessa fase, é bastante requisitado para o desenvolvimento das atividades escolares.

Outrossim, dados colhidos em algumas anamneses psicológicas, realizadas com as mães, nos trazem informações importantes acerca do período gestacional das mesmas, no que diz respeito à gestação e parto, e que podem trazer prejuízos importantes para o desenvolvimento da aprendizagem. Os dados colhidos com maior frequência foram problemas ligados à falta de oxigênio (anóxia) na hora do parto de algumas mães. Os seus bebês nasceram apresentando cianose (escurecimento da pele provocado pela falta de oxigênio na hora do parto) e necessitariam de incubadora; todavia não o fizeram. O problema é que sintomas como esses podem trazer prejuízos, no que diz respeito ao desenvolvimento dos pré-requisitos necessários para o desenvolvimento da aquisição da leitura e da escrita. Esse sintoma, de cunho neurológico, quando na comprovação através de exames específicos, pode nos dar respostas para o diagnóstico e avaliar a condição de seqüela, decorrente do problema na hora do parto.

Em acréscimo, foram registrados transtornos alimentares, os quais foram mais percebidos em meninas, especialmente no fundamental I e II e em alguns meninos com sobrepeso. Nesses casos, a preocupação com a aparência foi o mais citado durante suas entrevistas. Reforce-se a isso a necessidade de auto-afirmação e de aprovação grupal (afiliação) peculiares a essa fase, e que de modo inconsciente esteve sempre presente nas entrevistas. Todavia, citado da forma “é moda todo mundo usare não fica bem em mim porque sou gordinho (a)” ou ainda “a gente que é gordinho é visto diferente”. Sabe-se que sintomas como esses estão intimamente ligados à falta de auto-estima e necessidade de reforço de afetividade, podendo desencadear sintomas associados / paralelos de ordem psicossomática, tais como problemas ligados a disfunções intestinais (enurese /encoprese), problemas ligados ao sono (insônia), ao humor (depressões e ansiedades), assim como transtornos alimentares (bulimia/ anorexia), entre outros. A ligação mais íntima encontrada foi entre o transtorno de ansiedade e o transtorno alimentar.

Neste sentido, consideramos positivo o trabalho desenvolvido pelo NUPSF em conjunto com todos os agentes educativos e a família, minimizando os sentimentos de ansiedade, medos e preconceitos, relativos aos transtornos que afetam crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu demonstrar as possibilidades de profissionais que trabalhem em educação, atendendo às políticas de saúde no âmbito da saúde mental, possibilitando a reflexão e reconhecimento crítico, quanto à necessidade de mudanças de atuação cotidiana dos trabalhadores e suas implicações para o cuidado com os usuários, neste caso alunos, e seus familiares, que buscam o NUPSF.

Para fortalecimento da saúde na educação, é necessário trabalho sistemático e integrado entre gestores/professores/familiares e usuários, através de utilização de estratégias construtivas, em que todos se responsabilizem e cooperem no desenvolvimento das suas tarefas. Nesta perspectiva, é essencial que interajam em sentimento de ajuda e de confiança, de responsabilidade e de compromisso com os seus papéis, objetivando promover um real “trabalho preventivo” dos transtornos mentais na educação.

Os transtornos mentais estão inseridos no ambiente escolar de forma nítida, assim como em toda sociedade. Por isso, há necessidade de preparação dos professores e profissionais das escolas, para lidar adequadamente com essa situação. Contudo, as questões ligadas a essa situação continuam sendo abordadas como não fazendo parte dos objetivos pragmáticos da escola. Não há, por norma, referências a questões dessa pertinência, no projeto político pedagógico da escola.

No que se refere ao nosso estudo, acresce a dificuldade com a grandiosidade da escola, pois tem mais de 10 mil alunos matriculados, funcionando os três turnos com mais de 500 professores. Esta sobrecarga cria um clima de muitas expectativas e ameaças pedagógicas. Assim, o trabalho do NUPSF se tornou um equipamento bastante valorizado, no sentido de alcançar melhores resultados educativos, tanto para alunos, como para professores, como para familiares. Numa visão global, os professores do ensino fundamental I, principalmente os das séries iniciais (2º e 3º anos), são os que mais encaminham alunos para o NUPSF.

As principais queixas encaminhadas ao NUPSF são as que dizem respeito a falta de habilidade para a leitura e para a escrita e queixas referentes a “hiperatividade”, sendo que esta é ainda associada pelo professor a comportamento impulsivo.

Em relação à localização escolar, podemos perceber, que a maior demanda, oriunda da zona urbana, é de alunos portadores de transtornos mentais, principalmente de déficit de atenção, transtorno invasivo do comportamento (autismo), sendo este diagnosticado mais em alunos do pré-escolar e do fundamental I.

Quanto a transtornos como a depressão e uso de substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas), ou ainda transtornos de ansiedade, estes foram encontrados mais nos alunos do ensino fundamental II.

Em contrapartida, as desordens como deficiência mental e TDAH, foram mais contabilizadas em alunos oriundos da zona rural. Nesse coorte, também foi verificado, tomando como fonte de observação as anamneses psicológicas, que grande parte desses problemas foram originados de problemas ocorridos quando as mães, em período gestacional, passavam por algum tipo de alteração nas condições ligadas ao parto (pré-natal, Peri-natal o pós –natal).

Ainda com base na pesquisa e em dados analisados, observa-se que os problemas decorrentes do uso de SPAs (substâncias psicoativas) atinge mais os alunos da zona urbana do que os da zona rural ; entretanto , essa realidade caminha a passos largos também em direção a zona rural. Ainda em relação ao início do uso de SPAs, percebeu-se que na maioria dos casos recebidos o uso se deu no início da adolescência. Tomando ainda, como ponto de partida e medida avaliativa, as anamneses, percebemos também, que em situação de uso de bebidas alcoólica , as interferências são mais de ordem social do que de ordem hereditária. As motivações pontuadas pelos jovens, quando abordados, revelam necessidade de auto-afirmação, necessidade de pertencimento social e baixa auto-estima, para a busca do uso de étlicos.

Em suma, no ponto de chegada do estudo planejado e concretizado, em contexto escolar, demos resposta à nossa pergunta de partida: De que forma é possível melhorar a saúde mental das crianças e jovens, dos ensinos infantil e fundamental, através de um trabalho conjunto, de intervenção e prevenção, entre o NUPSF e as escolas públicas municipais de Serra Talhada, fortalecendo os vínculos entre o aluno, a escola e a comunidade?

No trabalho desenvolvido, comprovamos a eficácia desse trabalho colaborativo, de diagnóstico, intervenção e prevenção, tendo por base o NUPSF. É certo que se trata de um percurso a longo prazo. Todavia, através deste trabalho pudemos constatar o quanto pode ser feito e o quanto se tem a fazer para intervir diante das problemáticas que dizem respeito à identificação e ao direcionamento dos transtornos mentais, que sejam encontrados no contexto escolar. Para tal, é necessário reforçar a relação entre a escola e a família.

Assim, face à diversidade de diagnósticos e de encaminhamentos efetuados, tornou-se visível a importância de um trabalho conjunto entre o professor e NUPSF, bem como com a família, de forma a dar resposta e a solucionar problemas e transtornos emergentes ou existentes há muito, de forma a melhorar a saúde e o bem-estar dos alunos, bem como a qualidade das suas aprendizagens.

BIBLIOGRAFIA

- Abbês, C. (2006). *Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS*. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.
- Alverga, A. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 10,299-316.
- Amarante,P. (1995). *Loucos pela Vida : a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* .Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Amarante,P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*.Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amiralian, M., Pinto, E., Ghirardi, M., Lichtig, I, Masini, E. & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 97-103.
- Arends, R. (2008). *Aprender a Ensinar*. (7ª Ed.). Madrid: Editora McGraw-Hill.
- Barros, S. & Lucchese,R. (2006). Problematicando o processo ensino-aprendizagem em enfermagem em saúde mental *Trabalho, Educação e Saúde*, 4 (2), 337-354
- Basaglia ,F. (1985). *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal .
- Bassols, A., Cristóvão,P., Santis,M., Fortes, S. & Sukiennik, P. (Orgs.), (2003). *Consultoria como Estratégia de Prevenção*. Porto Alegre: Mediação.
- Belfer, M. & Saxena, S. (2006). Who Child Atlas project. *Lancet*, 367(9510), 551-552.
- Bernard da Costa, A.(1996). *A escola inclusiva:do conceito à prática*.Lisboa:Inovação.
- Brasil,Ministério da Saúde (2007). Coordenação Geral de Saúde Mental . Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e modelo de atenção. *Relatório de Gestão* (2003-2006). Brasília/DF.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde .*Coordenação Geral de Saúde Mental*.Brasília/DF.
- Brasil (2002).Ministro da Saúde do Brasil - Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde .Secretaria de Políticas de Saúde.Programa de Humanização no Pré-Natal.Brasília
- Brasil (1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – *LDB* nº. 9394/1996.

- Brasil/MEC (2008). Secretaria da Educação Especial. Brasília.
- Brasil/MEC (1993). *Plano Decenal de Educação para Todos*. Brasília.
- Bruno, M. (2006). *Educação infantil: saberes e práticas da inclusão: introdução* (4. ed.) Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial
- Burns, B., Costello, E., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Aff (Millwood)*, 14(3)147-59.
- Campos, B. (2002). *Políticas de formação de profissionais de ensino em escolas autônomas*. Porto: Afrontamento.
- Campos, G. (1992). *Reforma da Reforma : repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec .
- Canário, R. (2005). A escola e as dificuldades de aprendizagem. *Psicologia da Educação*, 21, 33-51. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br>.
- Costello E., Angold A., Burns B., Erkanli A. , Stangl D. & Tweed D. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. *Arch Gen Psychiatry*, 53(12), 1137-43.
- Couto, M. , Duarte, C. & Delgado, P. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-8. Disponível em: <[httpwebcache.googleusercontent.com](http://webcache.googleusercontent.com)
- Esteban, T. (2010). *Olhares e interfaces: Reflexões Críticas sobre a avaliação*. São Paulo: Cortez.
- Foucault, M. (2005). *Microfísica do Poder* (21ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Fraga, M. , Souza, A. & Braga, V. (2006). Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. *Acta Paul Enfermagem*, 19(2), 207-211.
- Godoy, H. (2002). *Inclusão de Alunos portadores de deficiência no ensino Regular. Paulista recomendações internacionais e normas oficiais*. São Paulo, SP: Mackenzie.
- Gonçalves, A. & Sena, R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9 (2), 48-55.
- Jannuzzi, G.R. (2006). *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI*. (2ª ed.) Campinas: Autores Associados.

- Luckesi, C. C. (2011). *Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico*. São Paulo: Cortez.
- Melman, J. (2006). *Família e doença mental :repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Meola, M. (2000). O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Revista Terapia Ocupacional*, 11(1),17-22.
- Ministério da Saúde do Brasil (2001). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br>.
- Ministério da Saúde do Brasil (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental* (pp. 57-59). Brasília.
- Moojen, S. (1999). Dificuldades ou transtornos de aprendizagem? In Rubinstein, E. (Org.). *Psicopedagogia: uma prática, diferentes estilos*. São Paulo: Casa do Psicólogo..
- Moreno, V. & Alencastre, M. (2003). Trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista Enfermagem USP*, 37 (2), 43-50.
- Oda, A. & Dalgalarondo, P. (2005). História das Primeiras Instituições para Alienados no Brasil. *História , Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12 (3), 983-1010.
- Olds, D., Henderson C., Cole R., Eckenrode , J., Kitzman, H., Luckey, D, Pettitt, L., Sidora, K., Morris. P. & Powers. J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*. 280 (14)1238-44.
- Oliveira, I (2005). *Saberes Imaginários e Representações na Educação especial: A problemática ética da diferença e da exclusão social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID -10 : descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* .Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ornellas , C. (1997). *O paciente excluído: história e críticas das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan.
- Pacheco, O. (1996) . *Sujeito e singularidade: ensaio sobre a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Perrenoud,P.(1999).*Construir as competências desde a escola*.Porto Alegre:Artes Médicas Sul.

- Porter, G.(1994). Organização das Escolas:conseguir o acesso e a qualidade através da inclusão. Comunicação apresentada na *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais:Acesso e Qualidade*.
- Stake, R. (2009). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vygotsky, L. (1997). *Educational Psychology*. Florida: Santa Lucia Press.
- World Health Organization (1993). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva.
- Zimmerman, D. E. (2004). *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: ArtMed
- Zimmerman, D. (2003). A psicanálise e a escola.In A.M.S.Bassols (Org.), *Saúde mental na escola,uma abordagem interdisciplinar*. Porto Alegre: Mediação.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA SISTEMATIZADA DOS TRANSTORNOS

F70-79

Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

X F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

Um quarto caractere pode ser usado para especificar a extensão do comprometimento associado de comportamento:

F7x.0 Nenhum ou mínimo comprometimento de comportamento

F7x.1 Comprometimento significativo de comportamento requerendo atenção ou tratamento

F7x.8 Outros comprometimentos de comportamento

F7x.9 Sem menção a comprometimento de comportamento

F80-89

Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e linguagem

F80.0 Transtorno específico de articulação de fala

F80.1 Transtorno de linguagem expressiva

F80.2 Transtorno de linguagem receptiva

F80.3 Afasia adquirida com epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)

F80.8 Outros transtornos do desenvolvimento da fala e linguagem

F80.9 Transtorno do desenvolvimento da fala e linguagem, não especificado

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F81.0 Transtorno específico de leitura

F81.1 Transtorno específico do soletrar

F81.2 Transtorno específico de habilidades aritméticas

F81.3 Transtorno misto das habilidades escolares

F81.8 Outros transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares

F81.9 Transtorno do desenvolvimento das habilidades escolares, não especificado

F82 Transtorno específico do desenvolvimento da função motora

F83 Transtornos específicos mistos do desenvolvimento

F84 Transtornos invasivos do desenvolvimento

F84.0 Autismo infantil

F84.1 Autismo atípico

F84.2 Síndrome de Rett

F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância

F84.4 Transtorno de hiperatividade associado a retardo mental e movimentos estereotipados

F84.5 Síndrome de Asperger

F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento

F84.9 Transtorno invasivo do desenvolvimento, não especificado

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico

F90 - F98

Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

- F90.0 Perturbação da atividade e atenção
- F90.1 Transtorno de conduta hiperkinética
- F90.8 Outros transtornos hipercinéticos
- F90.9 Transtorno hiperkinético, não especificado

F91 Transtornos de conduta

- F91.0 Transtorno de conduta restrito ao contexto familiar
- F91.1 Transtorno de conduta não socializado
- F91.2 Transtorno de conduta socializado
- F91.3 Transtorno desafiador de oposição
- F91.8 Outros transtornos de conduta
- F91.9 Transtorno de conduta, não especificado

F92 Transtornos mistos de conduta e emoções

- F92.0 Transtorno depressivo de conduta
- F92.8 Outros transtornos mistos de conduta e emoções
- F92.9 Transtorno misto de conduta e emoções, não especificado

F93 Transtornos emocionais com início específico na infância

- F93.0 Transtorno de ansiedade de separação na infância
- F93.1 Transtorno fóbico-ansioso na infância
- F93.2 Transtorno de ansiedade social na infância
- F93.3 Transtorno de rivalidade entre irmãos
- F93.8 Outros transtornos emocionais na infância
- F93.9 Transtorno emocional na infância, não especificado

F94 Transtornos de funcionamento social com início específico na infância e adolescência

- F94.0 Mutismo eletivo
- F94.1 Transtorno reativo de vinculação na infância
- F94.2 Transtorno de vinculação com desinibição na infância
- F94.8 Outros transtornos de funcionamento social na infância
- F94.9 Transtorno de funcionamento social na infância, não especificado

F95 Transtornos de tique

- F95.0 Transtorno de tique transitório
- F95.1 Transtorno de tique motor ou vocal
- F95.2 Transtorno de tiques vocais e motores múltiplos combinados (síndrome de Gilles de la Tourette)
- F95.8 Outros transtornos de tique
- F95.9 Transtorno de tique, não especificado

F98 Outros transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência

- F98.0 Enurese não-orgânica
- F98.1 Encoprese não-orgânica
- F98.2 Transtorno de alimentação na infância
- F98.3 Pica na infância
- F98.4 Transtorno de movimento estereotipado
- F98.5 Gagueira (tartamudez)
- F98.6 Fala desordenada (taquifemia)
- F98.8 Outros transtornos emocionais e de comportamento especificados com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência
- F98.9 Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência, não especificados

F99

Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental, sem outra especificação

ANEXO 2
ANAMNESE PSICOLÓGICA ESCOLAR

Anamnese Psicológica Escolar

Escola: _____

DATA ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Série: _____

ENDEREÇO:

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____ Cor: _____

Religião: _____

Pai: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Ocupação: _____

Mãe: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Informante: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Renda Familiar: _____

III. QUEIXA OU MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

IDADE EM QUE FOI CONSTATADO O PROBLEMA: _____

PROVIDÊNCIAS TOMADAS NA OCASIÃO: _____

APRESENTA DIFICULDADES MOTORAS E ORIENTAÇÃO ESPACIAL VISÍVEIS

IV. ANTECEDENTES

A gestação foi planejada? _____

Causa de gestações interrompidas e/ou mortes (se ocorreram) _____

Fator Rh da genitora e do genitor : _____

V. GESTAÇÃO

1. Como a mãe reagiu à notícia da gravidez?

2. Fez tratamento pré -natal? _____

3. Sofreu alguma queda ou traumatismos durante a gravidez (em que mês)? _____

Qual parte do corpo afetada? _____

4. Teve doenças durante a gestação? DST s ?

Quais? _____

5. Tirou radiografias durante a gestação? _____

6. Que medicamentos usou? (vitaminas, comprimidos, calmantes) _____

7. Tomou vacina durante a gestação? _____

8. Teve ameaça de aborto? _____ Período : _____

9. Fez transfusão de sangue na gestação? _____

10. Fez uso de bebidas / cigarros : _____ Período : _____

11. Pressão arterial : _____

VI. NASCIMENTO

1. Parto a termo _____
(meses) _____

2. Hospital () Casa () Com médico () Parteira ()

Parto : normal () cesariana () fórceps () pré – eclampsia

Pós-parto: Bebê

Uso de incubadora () Não () Sim Por quê? _____ Período
: _____ Apgar : _____

() nasceu normal, sem intercorrências

() apresentou intercorrências

Infância

Andar : _____ Falar : _____

Qualidade do sono : _____

Sonambulismo /bruxismo / terror noturno/ enurese noturna

Presença de : onicofagia / encoprese / tiques / manipulações / gagueira / estereotipias/

Episódios Convulsivos : () Sim () Não Periodicidade: _____

Quedas ? Traumatismos?Acidentes ? Cirurgias ? _____

Hábitos Alimentares _____

Impressões quanto ao informante : _____

Serra Talhada ____/____/____

Assinatura : _____

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
DE SERRA TALHADA
NÚCLEO PSICOSSOCIAL



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

ESCOLA: _____

GESTORA: _____

PROFESSOR(A): _____

ZONA URBANA: () ZONA RURAL: ()

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

ALUNO: _____

IDADE: _____

ANO: _____

ENDEREÇO: _____ TURNO: _____

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

PAIS OU RESPONSÁVEIS: _____

ENDEREÇO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

TELEFONE: _____

QUEIXA PRINCIPAL

SINTOMAS

- () Onicofagia (roer unhas)
- () Bruxismo (ranger os dentes)
- () Sonolento
- () Alteração do humor sem causa aparente
- () Falta de atenção
- () Agressividade auto ou heterodirigida
- () Dificuldade de compreensão
- () Alteração do apetite para mais ou para menos
- () Dificuldade em manter-se sentado
- () Isolamento
- () Queda no rendimento escolar
- () Dificuldade na leitura
- () Dificuldade na escrita
- () Faltas e atrasos regulares ou frequentes
- () Idas frequentes ao banheiro
- () Inquietação psicomotora
- () Choros imotivados ou tristeza
- () Tiques nervosos (arrancar cabelos, cílios, sobrancelhas, etc)
- () Conversar sozinho(a)
- () Comportamento assustado, com impressões de estar com medo
- () Alteração no peso para mais ou para menos
- () Olhos vermelhos, lacrimejantes, nariz escorrendo, pupilas dilatadas, outros...

Serra Talhada ____/____/____

Gestor (a)

APÊNDICE 2

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE SERVIÇO
SOCIAL**



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
DE SERRA TALHADA
NÚCLEO PSICOSSOCIAL



ENCAMINHAMENTO SETOR DE SERVIÇO SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

Escola: _____
Gestora: _____
Professor(a): _____

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Nome do aluno: _____
Data de nascimento: _____
Endereço do aluno: _____
Nível escolar: _____

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

Responsável familiar: _____
Endereço: _____
Ponto de referência: _____
Telefone: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

PERÍODO QUE VEM ACONTECENDO

MEDIDAS TOMADAS

Diretor: _____
Coordenador(a): _____
Professor: _____
Data: / / _____
Assinatura: _____

APÊNDICE 3

FICHA DE ENCAMINHAMENTO
FONOAUDIOLÓGICO



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
DE SERRA TALHADA
NÚCLEO PSICOSSOCIAL



FICHA DE ENCAMINHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO DA ESCOLA

ESCOLA: _____
GESTORA: _____
PROFESSOR(A): _____
ZONA URBANA: () ZONA RURAL: ()

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

ALUNO: _____
IDADE: _____
ANO: _____ TURNO: _____
ENDEREÇO: _____

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

PAIS OU RESPONSÁVEIS: _____
ENDEREÇO: _____
PONTO DE REFERENCIA: _____
TELEFONE: _____

QUEIXA PRINCIPAL

SINTOMAS

- () Onicofagia (roer unhas)
- () Bruxismo (ranger os dentes)
- () Sonolento
- () Olheira frequente
- () Falta de atenção
- () Escrita Inversa
- () Dificuldade de compreensão
- () Problemas na dicção
- () Rouquidão
- () Dor de Garganta Frequete
- () Esforço para falar
- () Dificuldade na leitura

- () Dificuldade na escrita
- () Baba Frequente
- () Dificuldade Auditiva
- () Boca aberta durante realização de atividades
- () Dor de Cabeça
- () Déficit visual
- () Alergia
- () Repete Frases
- () Repete Sílabas
- () Boa Coordenação Motora
- () Hábitos Deletérios(comer papel, morder caneta, entre outros)

Serra Talhada ____/____/____

Gestor (a)

APÊNDICE 4

AGENDAMENTO DE AÇÕES



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
DE SERRA TALHADA
NÚCLEO PSICOSSOCIAL



AGENDAMENTO DE AÇÕES

Data: ____/____/____

Escola: _____

Gestora: _____

Atividade proposta: _____

Venho através deste, solicita nessa unidade de ensino agendamento para a realização de _____, que fica entre as partes marcadas para o dia ____/____/____ às ____:____ horas.

Publico Alvo: _____

Responsável: _____

Avaliação do desempenho das ações

A ação acima agendada foi realizada? () SIM () NÃO

Motivo: _____

Assinatura do responsável

Data ____/____/____

APÊNDICE 5

LIVRO DE ATENDIMENTO

NÚCLEO PSICOSSOCIAL E FONOAUDIOLÓGICO

LIVRO DE ATENDIMENTO

DATA	IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)	ATENDIMENTO	RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO
	<p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Sexo: _____</p> <p>Serie: _____ Turma: _____ Turno: _____</p> <p>Escola: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Profissional</p> <p>_____</p> <p>Usuário(a)</p>
	<p>Nome: _____</p> <p>Idade: _____ Sexo: _____</p> <p>Serie: _____ Turma: _____ Turno: _____</p> <p>Escola: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>Profissional</p> <p>_____</p> <p>Usuário(a)</p>